

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DU NEZ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Décembre 1924

PAR

Pierre-Marie BARRAT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 4 juillet 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	Juges.
		DUVERGEY, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU NEZ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Décembre 1924

PAR

Pierre-Marie BARRAT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 4 juillet 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	<i>Juges.</i>
		DUVERGEY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expérimental.....	N.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIE.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires.....	DUVERGEY.	Chimie minérale.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... MM. ROCHER.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR BARRAT

*Médecin général de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Au père, au médecin, au spécialiste de
rhinologie, faible hommage de profonde
reconnaissance filiale.

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES GRANDS-PARENTS

A MONSIEUR LE COLONEL

TH. JACOB DE MARRE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BERGONIE

*Professeur de Physique biologique et de Clinique d'Électricité médicale
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Correspondant de l'Institut,
Directeur du Centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Grand-Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTMANN

*Médecin de 1^{re} classe de la Marine (C. R.),
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.
Officier de Saint-Sava (Serbie).*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOREAU

*Chef de clinique d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin de 2^e classe de la Marine (C. R.),
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E.-J. MOURE

*Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Grand' Croix de l'ordre d'Isabelle la Catholique,
Grand' Croix de l'ordre d'Alphonse XII.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU NEZ

AVANT-PROPOS

Le cancer du nez, objet de ce travail, est parfaitement connu. Mais aucune monographie complète, aucun article d'ensemble n'a été publié à son sujet, ni dans les traités de rhinologie ni dans les traités de dermatologie. Ceux-ci ne s'intéressent qu'aux tumeurs des fosses nasales et des sinus, ceux-là ne parlent que des épithéliomas de la peau du visage en général. Il faut pourtant citer le *Traité élémentaire de pathologie externe* de Follin et Duplay, qui consacrent une page aux tumeurs de la pyramide nasale; celui de Ledentu et Delbet qui publient quelques lignes sur cette même question. Nous avons trouvé également une synthèse de la question, mais combien restreinte, dans le *Traité de dermatologie topographique* de Sabouraud en 1905, pour les néoplasmes cutanés du nez, quelques renseignements aussi dans le livre de Menier (1907). Pourtant le nez, tel que nous le définissons plus loin, est une région tellement distincte topographi-

quement des régions avoisinantes qu'il nous a paru qu'un travail de synthèse groupant les connaissances rhinologiques et dermatologiques sur le cancer de cette région pouvait être intéressant. C'est ce que nous avons essayé de faire en ajoutant quelques points de statistique personnelle due aux nombreuses observations prises dans le service d'oto-rhino-laryngologie de M. le professeur Moure et dans ceux de radiologie (centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest) et de dermatologie de MM. les professeurs Bergonié et Dubreuilh.

Nous apportons aussi des observations nouvelles de M. le professeur agrégé Portmann qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et à qui va toute notre gratitude.

Nous remercions les maîtres avec qui nous avons eu l'honneur de nous trouver.

Ceux qui, dans notre première année d'étude à l'École annexe de Rochefort, ont guidé si affectueusement nos premiers pas, les docteurs Geoffroy et Vialard.

Nous adressons un pieux souvenir à la mémoire du regretté docteur Baril, qui fut si bon pour nous.

Toute notre reconnaissance va à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux qui nous ont accueilli avec tant de sollicitude dans leurs services et dans leurs laboratoires :

MM. les professeurs Carles et Rocher.

MM. les professeurs Chavannaz, Arnozan et Rocaz.

MM. les professeurs Dubreuilh, Lagrange, Bégouin et Pousson.

MM. les professeurs Moure, Cassaët et Auché.

Deux choses nous semblent devoir être précisées dans notre titre : Le siège du cancer et le sens que nous attribuons à ce mot.

« Le nez est cette saillie volumineuse médiane qui s'implante sur la face et se dispose à la manière d'un auvent au-dessus de l'entrée des fosses nasales. » (Testut.) Cet auvent, limité par un plan frontal tangent au maxillaire supérieur et à l'os frontal, et dont les traces sont, sur la face, les sillons naso-palpébral, naso-génien et naso-labial, qui lui servent de limites externes, a la forme d'un demi-cône ou plutôt d'une pyramide creuse dont le volume est divisé par une cloison sagittale médiane en deux parties égales. Ce sont les cancers de cette région qui nous occuperont, qu'ils siègent à l'extérieur, à l'intérieur ou sur la cloison. Nous laisserons de côté celui des fosses nasales qui a fait l'objet de nombreux travaux très complets. Mais on peut nous objecter que la cloison du nez se continue sans transition avec celle des fosses nasales et qu'ainsi la région que nous attribuons à notre cancer est peu précise. Nous verrons plus loin que cette cloison n'a ni les mêmes caractères anatomiques ni surtout, ce qui est intéressant pour l'étude des tumeurs qui y prennent naissance, les mêmes caractères histologiques en ce qui concerne sa muqueuse.

On entend souvent par cancer une tumeur maligne épithélio-mateuse. Nous donnons, ici, à ce mot une acception beaucoup plus large, en en faisant une tumeur maligne quelle que soit sa nature, c'est-à-dire une tumeur caractérisée par ses tendances à croître, à envahir, à détruire, à infecter et à récidiver après ablation. Cette définition englobe, en plus des néoplasies malignes dérivant des épithéliums, celles qui proviennent des tissus conjonctifs (sarcomes avec toutes les modalités).

Nous laisserons de côté le cancer secondaire de la pyramide nasale dû à l'envahissement d'un néoplasme de voisinage ou à une métastase d'un cancer développé en un point quelconque du corps.

Enfin, comme Henri Bourgeois, dans sa thèse inaugurale, et pour la même raison, bénignité absolue du pronostic, nous écarterons les polypes saignants des fosses nasales qui, histologiquement, sont des sarcomes avec grosse réaction conjonctive (fibro-sarcomes).

HISTORIQUE

Le cancer du nez, par sa fréquence, son évolution presque fatale et l'aspect horrible des malheureux qui en sont porteurs, a de tout temps intéressé les médecins. Aussi est-ce dès la plus haute antiquité que l'on trouve dans les traités médicaux des descriptions qui s'y rapportent et la façon de les soigner. Hippocrate, dans son traité *De mortis*, signale parmi les six espèces de polypes qu'il mentionne un polype malin. Il précise son siège d'implantation sur l'extrémité antérieure du cartilage de la cloison. Il conseille la cautérisation et un pansement avec de l'ellébore et de la fleur de cuivre cuite dans le miel. Celse parle des caroncules charnues des narines.

Citons encore les noms de Littré, Albucassis, Guillaume de Salicet, Røgerius, Glaudorp, Bremac, qui ont parlé des polypes malins, mais n'en ont précisé ni la variété ni le siège.

Amboise Paré et Vigo les désignaient sous le nom de « noli me tangere ».

Percival Pott, en 1775, fait « quelques remarques sur les polypes du nez ».

Après cette période confuse au point de vue clinique en commence une autre, beaucoup plus précise, avec Syme, qui, en 1842, opère un malade d'un polype cancéreux de la cloison cartilagineuse en fendant la lèvre et en respectant la sous-cloison. Il enleva quelque temps plus tard (*In thèse de Casabianca*) un épithéliome développé aux dépens des os propres du nez chez un homme de 47 ans : « Le diagnostic de tumeur cancéreuse fut parfaitement établi. Le malade fut opéré et sortit de l'hôpital dans un état satisfaisant. »

A la fin du xviii^e siècle, Ledran, dans un mémoire à l'Académie royale de chirurgie, décrit longuement des « ulcères chancreux » de la face qu'il considère comme des cancers de la peau.

En 1868, Follin et Duplay, dans leur *Traité élémentaire de pathologie externe*, consacrent aux cancers de la peau du nez quelques lignes basées sur des travaux plus généraux se rapportant à la face : de Chapel, qui fait la distinction entre cancroïde et ulcus rodens ; de Lebert, en 1857, qui étudie le point de vue microscopique, suivi en cela par Tiersh et Waldeyer.

A ce moment, l'étude, tant au point de vue clinique que histopathologique, permet de publier des observations très précises. En 1883, Delaux publie des cas de sarcomes du nez. En 1885, nous relevons le nom de Schmielgelow ; en 1886, celui de Clavierie qui fait à Bordeaux son travail inaugural sur les tumeurs primitives des fosses nasales et cite des cas de malades ayant des tumeurs de la pyramide du nez. En 1888, Fiscano publie une observation de sarcome fusiforme de la cloison. En 1895, paraissent les cas de Wilkin, de Gourdiat.

Un nouveau mode de traitement, la radiothérapie, voit le jour en 1896. Despeignes l'applique au nez cette année même.

Depuis, les travaux sur la question au point de vue clinique et surtout au point de vue thérapeutique (radiothérapie, chirurgie) se multiplient. Ce sont ceux de Lermoyez, de Passon en 1898 ; de Freidberg et de Duroux en 1899 ; de Goodale en 1900 ; c'est la thèse de Bourgeois qui nous montre un lymphosarcome des fosses nasales au niveau du bord inférieur des os propres, en 1901 ; ce sont encore les travaux de Taylor et de Marquet, en 1902.

En 1903, les premières guérisons par le radium apparaissent avec Danlos ; cette même année il nous faut encore citer au point de vue étude générale, chirurgie et roëntgenthérapie : Duroux, Vignard, Zundelovitch. En 1904, nous relevons les noms de Bouchet, Reboul, Harding, Polyak ; en 1905, ceux de Fochessati, de Pagliani et Dupeyrac, qui traitent leurs néoplasmes par les rayons X ; de Nordin, qui guérit son malade par exérèse chirur-

gicale; de Géhrardt. Sabourraud fait paraître cette année-là son *Traité de dermatologie topographique* qui consacre un article aux épithéliomas cutanés du nez.

Nous trouvons, en 1906, les publications de Heyninx et Hauchamps; en 1907, celles de Fordyce (radiothérapie), de Morestin, de Dubreuilh (chirurgie), d'Albershönberg, le traité de Bröcq; en 1908, les observations de Dubreuilh et Petges, de Morestin, de Robinson; en 1909, celles de Hill, Anghel, Citelli et Gotheil; en 1910, celles de Jacques, de Kingsbury et les travaux de Stuart Low; en 1911, le cas de Geyser; en 1912, la thèse d'Alinat et l'observation d'Oulmann qui guérit par la lumière un épithélioma du nez; en 1913, celle de Curtis; en 1914, celles de Castellani et de Slancey; en 1915, celles de Garel et Pistre; en 1916, celle de Martucelli; en 1917, celles de Semken et de Herz. Kelley, Whale et Torek nous apportent, en 1919, des cas intéressants de cancers du nez. En 1920, Haffer, Husik, Queyrat, puis André dans sa thèse, en publient encore d'autres. Citons aussi le nom de Truchot. En 1921, Queyrat et Degrais publient l'histoire intéressante d'un malade atteint d'épithélioma et traité par le radium. Paul Moure consacre un article à la chirurgie esthétique des petits épithéliomas du nez. Argaud et Montpellier, Malan, Trudenwald et Wolf publient des cas intéressants de tumeurs malignes de l'auvent nasal. En 1922, Arcelin, en radiothérapie, Portmann, pour le traitement chirurgical, publient chacun une observation. De même Lannois et Jacob. Citons enfin, en 1924, le rapport de Bourgeois, Dutheillet de la Mothe, Portmann et Poyet, sur la diathermie au Congrès d'O. R. L. de Paris (octobre 1924).

ANATOMIE

L'anatomie du nez est suffisamment connue pour que nous nous bornions ici à insister sur quelques détails qui nous paraissent importants au point de vue des déductions pathologiques que l'on peut en tirer :

1° Le revêtement cutané de l'auvent nasal est formé par une peau fine comme celle du visage, adhérente aux plans sous-jacents au niveau du lobule et des ailes, lâche et glissante sur le squelette osseux, dans sa partie supérieure. Il contient des glandes sébacées en grand nombre et de grandes dimensions qui, à la suite d'irritations répétées, peuvent être le point de départ d'adénomes et d'adéno-épithéliomes ;

2° Le revêtement interne est formé en partie par la peau qui se prolonge à la fois sur la face interne, sur le septum cartilagineux et la sous-cloison. Cette peau a, sur tous ses points, ses caractères propres : glandes sébacées, follicules pileux très développés dont les poils sont appelés vibrisses. Elle se continue par une zone de transition (zone intermédiaire de Zuckerkandl) dans laquelle les follicules et les poils disparaissent. Cette zone cutanée, lisse, perd elle-même ses couches superficielles et peu à peu nous arrivons à une muqueuse à épithélium pavimenteux qui tapisse toute la narine et le cartilage de la cloison dans sa moitié antérieure. Les cancers qui naîtront de cette muqueuse seront pavimenteux et auront une forme histologique analogue à ceux de la peau, au contraire des tumeurs épithéliales cylindriques nées aux dépens de la muqueuse des fosses nasales ;

3° Les artères forment au niveau de la partie antérieure de la cloison de nombreuses anastomoses (tache vasculaire). Elles sont branches de l'ophtalmique et surtout de la faciale. Sur ce réseau artériel serré prennent quelquefois naissance des angiosarcomes. En dehors, nous trouvons les artères dorsales du nez et de la sous-cloison ;

4° Les veines sont, elles aussi, très nombreuses sur la face externe du nez. Elles aboutissent, par l'intermédiaire de la veine angulaire et de la veine faciale, au sinus caverneux. Il pourrait donc y avoir dans ce sinus une métastase due à la généralisation par voie sanguine d'une tumeur externe de la pyramide nasale évidemment très grave.

ETIOLOGIE

La pathogénie des cancers du nez, analogue à celle des autres cancers, est inconnue. Il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de détailler les théories émises à son sujet.

Les causes secondes, prédisposantes, elles, nous sont beaucoup mieux connues que les causes premières. Nous étudierons leur fréquence au nez selon leur siège, l'âge du malade, puis l'influence de l'hérédité, du sexe, de la condition sociale dans laquelle il se trouve. Il nous restera à dire un mot des rapports des tumeurs malignes avec les tumeurs bénignes, les taches de la peau et de l'influence du traumatisme sur leurs transformations.

Fréquence. — Elle varie essentiellement suivant la variété de la tumeur. De beaucoup les plus nombreux sont les épithéliomas de la peau. C'est de ceux-ci que nous parlerons d'abord. D'après Lebert, l'épithélioma de la peau se rencontre surtout au visage. Sur 20 cas, il en rapporte en effet 11 dont le siège était à la face. Mais tous les points du visage ne sont pas envahis avec la même fréquence. Si l'on excepte les lèvres, dont le cancer est nettement dû, d'après la thèse de Cortyl, à l'irritation du tabac et surtout à l'usage de la pipe, la localisation la plus fréquente est le nez. Weber, sur 44 cas d'épithéliomas de la face, en cite 19 sur le nez et les joues, 15 sur le front et les tempes, 12 sur la lèvre supérieure, 2 sur le menton, 1 sur l'oreille. Marquet relève sur les registres d'entrée de l'Hôtel-Dieu, en 1902, à Lyon, pendant l'année, 32 lésions néoplasiques au nez sur 107 cas, soit près d'un tiers.

Les lésions peuvent siéger sur les différentes parties de l'organe. D'après Marquet, ce sont surtout les ailes du nez qui paraissent atteintes, vient ensuite le dos de cet organe, surtout dans la région de la racine, enfin le lobule qui donne rarement naissance à l'épithélioma. Le relevé que nous avons pu faire d'après des observations prises dans les services des professeurs Bergonié, Dubreuilh et Moure ne concorde pas tout à fait avec les vues de Marquet. Nous trouvons, en effet, que sur 171 observations, il y a 61 cas se rapportant aux ailes du nez, 41 aux versants, 19 au lobule, 18 à l'arête, 11 au sillon naso génien, 8 seulement à la racine du nez et 7 à l'angle interne de l'œil.

Les épithéliomas nés aux dépens des muqueuses de la narine sont beaucoup plus rares que les cancroïdes et, d'une façon générale, que les épithéliomas de la peau. Cependant on en trouve dans la littérature de nombreux cas. Nous-même en rapportons plusieurs dans nos observations.

Les sarcomes, également, siègent souvent sur l'auvent nasal. Ceci est dû à ce que le tissu conjonctif se trouve en assez grande quantité dans cette région dont il forme même en partie le squelette. Mais son siège de prédilection, comme le font remarquer Sieur et Jacob dans leurs recherches anatomiques et cliniques, est surtout la région de la cloison cartilagineuse. C'est aux dépens du chorion de la muqueuse qui la recouvre qu'ils prennent surtout naissance.

Age. — Le sarcome peut se rencontrer à tous les âges. Cependant, comme tous les sarcomes en général, celui du nez est une tumeur que l'on rencontre surtout chez le malade jeune, tandis que l'épithélioma de cette région se voit dans la seconde moitié de la vie.

Schmielgelow cite un cas de chondro-sarcome à 2 ans.

Delaux établit la distinction suivante pour les fosses nasales, vraie aussi pour les narines.

Enfance : Sarcome myéloïde.

De 10 à 40 ans : Sarcome fasciculé.

De 45 à 75 ans : Sarcomes embryonnaires,

Les épithéliomas, au contraire, se voient surtout chez le vieillard. Sans faire de distinction entre les différentes sortes de néoplasies épithéliomateuses, nous relevons sur 173 observations prises dans les services des professeurs Dubreuilh, Bergonié et Moure durant ces dernières années les chiffres suivants :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Au-dessous de 30 ans...	2	3	5
De 30 à 40 ans.....	0	4	4
De 40 à 50 ans.....	9	14	23
De 50 à 60 ans.....	9	20	29
De 60 à 70 ans.....	16	41	57
De 70 à 80 ans.....	9	36	45
Au-dessus de 80 ans....	3	7	10

On voit, d'après cette statistique, que le cancer du nez débute rarement avant 40 ans, augmente avec l'âge pour passer par un maximum de fréquence extrêmement élevé entre 60 et 70 ans et diminue ensuite de nombre à partir de 70 ans. Ce n'est pas qu'il devienne moins fréquent à cet âge, mais les malades meurent soit de leur cancer, soit de vieillesse, et rares sont ceux qui viennent consulter à 70 ans. Cette conclusion a d'ailleurs été émise par M. Heurtaux dans son article « Cancroïdes » du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, à propos des cancroïdes de la face.

Mais ce tableau ne doit pas faire croire que l'épithélioma ne se rencontre que chez le vieillard. Nous avons trouvé dans les 173 observations citées précédemment, 3 épithéliomas développés entre 30 et 40 ans et 5 au-dessous de 30 ans, dont 1 à 24 ans.

D'autre part, on en trouve quelques cas dans la littérature : Gotheil cite un cas d'épithélioma du nez à l'âge de 27 ans simulant une gomme. Fordyce publie une observation intitulée : « Ulcère rongéant sur le côté du nez qui commença à l'âge de 19 ans. »

Marquet, qui dans sa thèse a surtout insisté sur le pronostic, prétend qu'ils sont beaucoup plus malins chez le malade jeune.

Hérédité. — L'hérédité des cancers démontrée expérimentalement sur des souris, ne l'est pas encore d'une façon absolument sûre au point de vue clinique. Et nombreux sont les partisans de la non-transmission héréditaire du cancer. Il en existe cependant des observations très probantes ; on connaît de remarquables exemples où des familles entières ont été atteintes de néoplasmes. Des statistiques publiées, deux seulement, d'après Marquet, lui sont favorables : celle de Velpeau et celle de Butlin. Toutes les autres, et elles sont nombreuses, lui sont contraires ; toutes réunies donnent la faible proportion de 10 à 15 p. 100 de cas héréditaires ; de telle sorte que Snow se demande si les antécédents cancéreux ne sont pas aussi fréquents chez les gens qui n'ont pas de néoplasmes que chez ceux qui en ont.

On peut conclure, en somme, que dans *l'immense majorité des cas l'hérédité ne joue aucun rôle*. Aussi nous n'insistons pas sur ce point étiologique.

Sexe. — Les cas que nous avons pu réunir de sarcome du nez, tant dans la littérature que personnels, ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse tirer une conclusion. Tout autre est la question de l'épithélioma. Le cancroïde de la lèvre inférieure dû à l'irritation causée par le tabac et surtout la pipe (Cortyl) est, par ce fait même, un cancer d'homme et c'est lui qui, dans les statistiques de sexe dans le cancer de la face, fait pencher la balance du côté masculin. Si on le supprime, on voit que le cancer de la face est plutôt un cancer féminin.

En comptant le cancer de la lèvre inférieure, Sortel trouve 69 femmes pour 527 hommes atteints de cancer de la face. Si on n'en tient pas compte, on trouve 54 hommes pour 54 femmes. En dénombrant les observations dont nous avons déjà parlé, nous avons trouvé sur 217 observations 64 hommes seulement pour 153 femmes, soit moins d'un tiers de cancer masculin. *Le cancer de la peau du nez est donc un cancer se développant surtout chez la femme.*

Condition sociale. — Il est certain que l'on trouve plus fréquemment l'épithélioma cutané qui est celui que l'on voit le plus souvent à la pyramide nasale chez le campagnard que

chez le citadin. Certains ont pensé expliquer le fait par la propreté plus ou moins douteuse des habitants de la campagne. Beaucoup de malades ruraux, en effet, interrogés par nous, se contentent de soins de propreté sommaires et il y a là une cause d'irritation propre à faire naître le cancer. Mais dans les villes, les ouvriers qui viennent aux consultations des hôpitaux ne sont pas souvent beaucoup plus propres, alors que leurs travaux d'usine devraient les y forcer davantage.

D'autre part, il est des campagnards qui prennent suffisamment soin d'eux et n'en sont point indemnes. Il ne faut donc pas conclure que la cause de l'épithélioma de la face et, par conséquent, du nez, chez les habitants des campagnes, est due à la malpropreté. Il faut surtout chercher du côté des intempéries auxquelles sont exposés continuellement les paysans et qui altèrent fortement la peau du visage. C'est pourquoi on trouve à la campagne de ces vieillards aux faces profondément ridées qui leur donnent un air de travail et d'honnêteté et qui les rendent sympathiques, atteints malheureusement aussi de kératomes séniles qui sont souvent le prélude du cancer. « Le kératome sénile et les lésions accessoires qui l'accompagnent sont le résultat de l'action de la lumière solaire sur la peau et particulièrement des rayons chimiques ; c'est une insolation chronique. Le kératome sénile s'observe surtout chez les cultivateurs et les marins qui sont constamment exposés au soleil. Il siège uniquement sur les parties découvertes et exposées, la face et le dos des mains. A la face, il n'atteint pas les régions protégées par leur position (menton, région sous-maxillaire), par la coiffure (partie supérieure du front, oreilles chez les femmes qui les ont couvertes par le foulard) ou par la barbe chez les hommes qui la portent longue. » (W. Dubreuilh).

Il est évident que la surface cutanée du nez, par sa proéminence sur le visage, est surtout exposée à cette dégénérescence kératosique, et par conséquent à l'épithélioma.

Rôle des affections congénitales de la peau. — Les affections congénitales de la peau, constituées le plus souvent par les tumeurs bénignes qui se transforment si facilement en

tumeurs malignes, sont fort nombreuses. Nous ne retiendrons de celles-là que les nævi, avec leurs différentes variétés, les angiomes et les kystes dermoïdes. Il suffit, en effet, de consulter les traités classiques pour voir que les nævi siègent très fréquemment à la face. Lorsqu'ils se transforment en tumeurs malignes, ils évoluent la plupart du temps vers l'épithélioma tubulé; mais souvent aussi, d'après Bonnet dans son travail sur la mélanose, il y a évolution vers la tumeur mélanique, et l'on sait alors la marche rapide et fatale de la néoplasie.

D'après Brocq, le nævus verruqueux se transforme toujours en nævo-carcinome.

D'autre part, les angiomes peuvent, à la suite de diverses irritations, se transformer en angiosarcomes. On peut rapprocher de ces cas l'observation curieuse de Garel et Pistre sur un cas de volumineux angiome naso-génien à évolution rapide et fatale chez une enfant de 3 ans, dans lequel Garel, après un examen histologique, rapporte qu'il s'agit d'une « tumeur telangiectasique à forme papillaire, ayant débuté dans l'épaisseur de l'aile du nez d'où elle se faisait jour dans la fosse nasale sous forme de papille ».

On sait combien sont nombreux les kystes dermoïdes dans la région du nez, ceci étant d'ailleurs expliqué par l'embryologie, et d'autre part, Dillet, à la fin du siècle dernier, a publié un cas de kyste dermoïde épithéliomateux de la face. Le malade avait été opéré par le professeur Tillaux; l'examen histologique de la tumeur, qui avait le volume d'une noisette et était située au-dessus de l'aile du nez du côté droit, n'a pas permis de reconnaître d'une façon absolue la transformation épithéliomateuse. Mais plus récemment, en 1908, le professeur Citelli (de Catane) a publié un cas tout à fait typique où il a fait l'exérèse d'une tumeur se trouvant au niveau de la base de l'os propre du nez à droite, et allant jusqu'au rebord orbitaire inférieur. L'examen microscopique montrait un kyste dermoïde atteint de dégénérescence épithéliomateuse.

Lésions anciennes. — Des tumeurs malignes peuvent prendre naissance sur des lésions anciennes de la peau comme les cic-

trices, les tumeurs de la peau longtemps bénignes, parmi lesquelles le kyste sébacé si fréquent dans la région nasale ; d'après Marquet, c'est Hawkins qui a signalé le premier la fréquence du développement des épithéliomas sur les cicatrices. Chaintrac a repris ce travail après Durand et en donne de nombreux exemples.

Mais les lésions inflammatoires chroniques sont beaucoup plus importantes au point de vue de l'étiologie des tumeurs malignes du nez.

Le lupus érythémateux « occupe le plus ordinairement la face et notamment le nez et les pommettes » (Dubreuilh).

Le lupus tuberculeux apparaît à « l'arrière-gorge, *aux ailes du nez*, où il survient comme complication d'un coryza chronique tuberculeux.... Le lupus du centre de la face, le plus fréquent de beaucoup, a toujours pour point de départ des lésions nasales » (Dubreuilh). Or, la transformation du lupus en cancroïde de la face a été signalée. On en trouve de nombreux cas dans les journaux de dermatologie. Ashihara, se basant sur des recherches personnelles, arrive aux conclusions suivantes :

« Les épithéliomas qui se développent sur un lupus guéri sont analogues au cancer épithélial qui survient souvent sur des cicatrices d'une nature quelconque. D'accord avec M. P. Raymond, il reconnaît que l'épithélioma survient très rarement sur le lupus érythémateux. On ne connaît pas la cause précise de l'apparition de la néoplasie épithéliale maligne sur un terrain lupique. Le cancer lupique est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme, ce qui est le contraire du lupus simple. Le développement de l'épithélioma sur le lupus peut avoir lieu à tout âge. On le rencontre quelquefois à l'âge adulte, mais le plus fréquemment entre 40 et 50 ans. Cette complication n'apparaît qu'après une très longue durée du lupus. Le siège de prédilection est le visage et particulièrement les joues. Le cancer se développe sur les formes les plus différentes. Le traitement antérieur du lupus ne paraît pas avoir d'influence sur l'état de cette complication.

» La marche du cancer développé sur un lupus diffère sous

plusieurs rapports de celle du carcinome primitif de la peau. Ce qui est frappant, c'est la marche rapide de la néoplasie, la tendance à produire en peu de temps de vastes destructions; les infiltrats tuberculeux constituent un terrain favorable pour les proliférations épithéliales atypiques. Ce carcinome d'origine lupique a tendance à récidiver même après des interventions opératoires énergiques; il faut donc, à ce point de vue, le regarder comme une forme particulièrement maligne du cancer de la peau. Cela est d'autant plus étonnant qu'il ne détermine que rarement des métastases. »

Rôle du traumatisme. — Nous prendrons le mot traumatisme dans le sens de phénomène irritateur. Le traumatisme peut donc être une irritation extrêmement légère et souvent répétée, ou, au contraire, être très violent.

La situation prééminente du nez au milieu du visage, sa forme, sa fonction l'exposent à de nombreux traumatismes petits et répétés : grattages répétés, mouchages, égratignures, etc.

Garel et Collet font justement remarquer que le siège des tumeurs de la cloison est celui où se font la plupart du temps les abcès et les perforations, c'est-à-dire dans la cloison cartilagineuse en avant. Il est évident que les abcès et perforations ont pour cause occasionnelle de petites éraillures de la muqueuse, c'est-à-dire de petits traumatismes.

Un autre genre de traumatisme répété très commun, pouvant amener l'épithélioma du nez, est le port des lunettes et surtout des pince-nez qui éraillent la peau à la racine sur les deux versants. Herz cite un cas typique : « un épithélioma du nez apparemment causé par l'irritation de lunettes en écaille de tortue. » Nous-même devons à l'obligeance du professeur Bergonié une observation que nous reproduisons ici (Obs. X).

Le traumatisme violent a le plus souvent pour rôle de révéler une tumeur jusqu'alors d'allure bénigne, ainsi que cela s'observe surtout pour les nævi vasculaires ou pigmentaires. Peut-il les faire naître? Nous n'en avons aucune observation. Nous ne le croyons d'ailleurs pas. C'est la conclusion de Second qui

prétend que jamais un traumatisme ne peut créer la néoplasie par lui-même (Congrès de chirurgie de Paris, 1907).

Gneinatz, en 1903, étudiant 1.960 cas de tumeurs diverses, a vu le sarcome rattaché à des circonstances traumatiques dans 20 p. 100 des cas. La statistique de Deilmann, portant sur 231 cas de sarcome, note que 13 p. 100 ont eu pour point de départ un traumatisme.

Mais même si le rôle du traumatisme n'est que révélateur, là encore la prééminence du nez le met en première ligne pour le subir. Combien d'enfants, surtout en bas âge, tombent sur le nez, comme celui de l'observation de Garel et Pistrè déjà citée plus haut.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Classification. — Nous rencontrons dans les tissus de la pyramide nasale deux sortes de tumeurs malignes. Les unes sont de nature conjonctive, les autres de nature épithéliale.

Les tumeurs de nature conjonctive. Ce sont les sarcomes.

Ceux-ci se divisent suivant la forme de l'élément néoplasique :

En sarcomes fuso-cellulaires ;

Sarcomes globo-cellulaires ;

Sarcomes atypiques.

La variété des tissus qui leur donnent naissance permet enfin de distinguer :

Des fibrosarcomes ;

Des myxosarcomes ;

Des gliosarcomes ;

Des lymphosarcomes ;

Des angiosarcomes.

Enfin, l'on trouve en plus des éléments néoplasiques du sarcome ordinaire des éléments nouveaux, et on a de nouvelles variétés :

Sarcomes à myéloplaxes ;

Sarcomes mélaniques.

Les tumeurs de nature épithéliale. Ce sont les épithéliomas.

Ceux-ci, qu'ils soient nés sur la cloison antérieure (et c'est une des raisons pour lesquelles nous avons décrit la cloison cartilagineuse avec la pyramide nasale) ou sur la muqueuse qui revêt la face interne des narines sont des épithéliomas pavimenteux, comme ceux nés à l'extérieur, sur la peau.

Les épithéliomas des muqueuses peuvent se diviser en :

1° Épithéliomas spino-cellulaires ou pavimenteux lobulés ;

2° Épithéliomas baso-cellulaires ou pavimenteux tubulés ;

3° Carcinomes.

Pour ceux de la peau, nous emploierons la classification que Darier a proposée au Congrès de Berlin en 1904 et qui a été reprise par Brocq. Cette division est évidemment artificielle, mais Darier la préconise parce que, dit-il, « si l'histologie me fournit le point de départ, je ne m'en servirai pas pour établir d'innombrables subdivisions et tiendrai compte surtout des faits qui impliquent une différence d'évolution clinique et ont, par conséquent, une portée pratique ».

Cette classification divise les épithéliomas de la peau en trois grandes classes :

1° Épithéliomas spino-cellulaires, encore appelés pavimenteux lobulés cornés. C'est l'épithélioma cancéroïde de la clinique ;

2° Épithéliomas baso-cellulaires ou pavimenteux tubulés.

Cette classe se subdivise elle-même en :

Épithélioma perlé ou plan cicatriciel ;

Ulcus rodens ;

3° Épithéliomas nævo-cellulaires malins (nævo carcinomes, sarcomes mélaniques, mélano-sarcomes).

Si on considère les épithéliomas développés aux dépens des muqueuses malpighiennes, on trouve la même structure que dans l'épithélioma cutané, car à l'état pathologique l'évolution épidermique vers la kératinisation qui devrait manquer aux premiers se fait par suite de l'inflammation. Cette épidermisation muqueuse correspond en clinique à la leucoplasie. Il est donc naturel de donner une description générale des épithéliomas malpighiens et d'indiquer, en traitant les différentes variétés, les différences qu'il y a entre chacun.

Nous décrirons donc :

Épithélioma pavimenteux lobulé ;

Épithélioma pavimenteux tubulé ;

Ulcus rodens ;

Cancroïde ;

Cylindrome ;

Épithéliomas atypiques et carcinomes ;

Épithéliomas nævo-cellulaires malins et nævo-carcinomes ;

Mélano-sarcomes.

Nous ajouterons à cette dernière catégorie la description d'une tumeur à mégacaryocytes citée par Argaud et Montpellier.

Les sarcomes du nez. — Le sarcome du nez se développe surtout aux dépens du squelette osseux et des cartilages de la cloison ainsi que ceux des ailes du nez. La fibro-muqueuse enfin a été signalée plusieurs fois comme le siège primitif de la néoplasie. Ce sont des tumeurs en général lisses, sans nodosités, et régulièrement arrondies. Elles sont formées aux dépens du tissu conjonctif. D'après l'apparence des cellules qui les composent on en distingue deux types :

Sarcomes fuso-cellulaires ;

Sarcomes globo-cellulaires.

Le sarcome fuso-cellulaire est formé de cellules allongées en forme de fuseau dont le protoplasme assez abondant s'étire en filaments anastomotiques fins et dont le noyau généralement assez gros contient des nucléoles géants. Les karyokinèses sont nombreuses. Les cellules que nous venons de décrire sont séparées les unes des autres par des fibres colloïdes. Celles-ci peuvent manquer quelquefois si la tumeur s'est rapidement développée ou, au contraire, être extrêmement abondantes. On a alors affaire à un *fibrosarcome*.

On peut trouver en dehors des vaisseaux provenant du tissu normal des vaisseaux de néoformation qui sont importants pour le diagnostic microscopique. Ils n'ont pas de parois propres.

Le sarcome à cellules rondes ou globo-cellulaire est beaucoup plus fréquent au nez qu'il naisse sur la peau ou sur la cloison antérieure. Il est formé de cellules arrondies plus ou moins volumineuses.

Ces cellules ont un protoplasma granuleux et des noyaux

plus ou moins nombreux, sphériques, de dimensions variables. Elles sont plongées dans un tissu fibreux réticulé et fin dont elles remplissent les mailles. Cette tumeur est molle au toucher, encéphaloïde.

Dans les *sarcomes atypiques*, on peut reconnaître leur nature fusocellulaire ou globocellulaire au moins partiellement. Mais ils peuvent être atypiques d'emblée. Ils sont alors caractérisés par des monstruosité cellulaires : protoplasmas volimuneux, légèrement basophiles, ce qui prouve que les cellules sont jeunes ; inclusions protoplasmiques, noyaux volumineux, bourgeonnants, se divisant d'une façon directe et aussi indirecte : karyokinèses nombreuses. On y rencontre aussi fréquemment des « plasmodes sarcomateux » qui forment de véritables cellules géantes sarcomateuses. Le stroma est extrêmement réduit. On trouve à peine quelques fibrilles.

Le *myxosarcome* n'est qu'une variété du sarcome fusocellulaire. La cellule sarcomateuse fusiforme peut, en effet, sécréter un hyaloplasme incolore, basophile, en quantités énormes, si bien qu'elle se trouve plongée dans un tissu gélatiniforme, d'aspect translucide à la coupe, qui a fait donner son nom à cette tumeur.

Le *lymphosarcome* est formé d'un stroma réticulé dont les fibrilles extrêmement fines aboutissent à des cellules étoilées et nucléées. Des travées fibrillaires prennent naissance sur les parois des capillaires qui traversent la tumeur. Parfois, les travées sont volumineuses et rappellent celles du carcinome. Dans ce réseau se trouvent des cellules très variables d'aspect qui peuvent d'ailleurs être très dissemblables dans une même coupe.

Le *sarcome à myélopaxe* est une tumeur rougeâtre. Au point de vue microscopique, il a la structure d'un fibro-sarcome dont les vaisseaux de néoformation sont très développés, d'où cette couleur rouge signalée plus haut. On trouve avec les cellules sarcomateuses ordinaires des cellules volumineuses polynucléées sans formes spéciales, dont le contour est le plus souvent irrégulier et comme bourgeonnant. Elles sont moniliformes, à pro-

toplasma granuleux, à noyaux extrêmement nombreux, ovalaires: ce sont les myéloplaxes.

Les épithéliomas. — *L'épithélioma pavimenteux lobulé* est formé de cellules épithéliales qui s'enfoncent dans le derme après avoir rongé la basale et y avoir pratiqué une solution de continuité. Les cellules qui se trouvent le plus en avant, par conséquent au niveau du tissu conjonctif, n'ont pas de prolongements épineux (Max Schultze, 1864). Mais les autres provenant des couches moyennes se réunissent au moyen de filaments nombreux et volumineux, d'où leur nom de spino-cellulaires. Ces proliférations néoplasiques amènent une forte réaction conjonctive qui les divise et les encercle, formant ainsi de véritables îlots de tumeur. A l'intérieur de ces îlots, on trouve des globes épidermiques dus à la kératinisation des couches superficielles et à leur compression, dont le centre est formé d'un amas corné autour duquel sont rangées, comme imbriquées en bulbe d'oignon, des cellules en forme de croissant. Les noyaux des cellules néoplasiques montrent des mitoses atypiques avec division triple ou quadruple. Le protoplasme contient de larges vacuoles. De nombreuses cellules sont anormales. Ces monstruosité cellulaires en grand nombre, en même temps que la fréquence des mitoses, sont en rapport avec la malignité du cancer.

L'épithélioma tubulé ou baso-cellulaire est constitué par des cellules ressemblant à la couche basale de Malpighi qui s'introduisent dans le derme sous-jacent en longs tubes qui peuvent se croiser et s'anastomoser formant un véritable réseau. Il n'y a pas, comme dans le précédent, de globes épidermiques, mais le centre de ces boyaux peut dégénérer et il y a formation d'une cavité canaliculaire.

Les monstruosité, moins accentuées dans l'épithélioma tubulé que dans l'épithélioma lobulé, sont en rapport avec la malignité du cancer.

Les différentes variétés d'épithélioma qui prennent naissance sur la peau de la pyramide nasale se rapprochent des types déjà décrits, mais méritent cependant une mention spéciale :

Le cancroïde vulgaire est un épithélioma pavimenteux lobulé corné. Le tissu épithélial envoie dans les tissus voisins enflammés de larges travées qui forment en se ramifiant et en s'anastomosant un réseau irrégulier. Ces travées paraissent provenir, dit Darier, de bourgeons interpapillaires ou pilo-sébacés. On trouve au milieu d'elles des globes épidermiques avec des cellules hyalines ou cornées.

L'épithélioma plan cicatriciel se développe assez souvent sur la kératose précancéreuse sénile. Il naît, comme le précédent, des espaces interpapillaires. Le centre des bourgeons lobules est le siège d'amas colloïdes ou de dégénérescence muqueuse. « Les granulations perlées sont formées par une sorte de bouquet de lobules épithéliomateux soulevant l'épiderme de revêtement. Au fond des ulcérations et dans la cicatrice, on trouve des masses épithéliales anguleuses ou disposées en réseau délicat composées de cellules malpighiennes à première rangée ordinairement cylindrique. Le stroma est plus ou moins riche en cellules plasmatiques. Souvent, il est de structure fibreuse. » (Darier).

L'ulcus rodens peut en être rapproché au point de vue histologique, quoique Darier pense qu'il en diffère notablement (Brocq). Il a été bien décrit par le professeur Dubreuilh (*Annales de dermatologie*, 1901, p. 947). C'est un épithélioma tubulé composé de travées épithéliales minces ramifiées en bois de cerf et se terminant en pointe. Les cellules sont petites, fusiformes, fortement unies entre elles et disposées longitudinalement dans les travées. Le stroma est abondant, serré, fibreux.

Une autre variété d'épithélioma décrit dans la région de la pyramide nasale est le *cylindrome*. Il est caractérisé par « une dégénérescence mucoïde de la charpente conjonctivo-vasculaire qui prend la forme de cylindres (corps oviformes). Cette dégénérescence peut entraîner secondairement par destruction des vaisseaux nourriciers une sorte d'arrêt dans l'extension de la prolifération épithéliale. Il s'agit d'épithéliomas malpighiens plus ou moins typiques comme le sont les tumeurs dérivant des débris hétérotypiques. Les uns se rapprochent des baso-cellu-

laïres; d'autres présentent des formations parakératosiques; d'autres enfin pourront montrer de véritables globes cornés (Roussy et Leroux). La coupe a le plus ordinairement l'aspect d'un sarcome avec quelques points durs et ossifiés.

Il existe une *forme atypique* de l'épithélioma de la peau et des muqueuses malpighiennes : les amas ou les tubes néoplasiques sont formés de cellules embryonnaires indifférentes dont les noyaux ont des formes monstrueuses et sont presque toujours en mitose.

Dans le *carcinome*, la tumeur est formée de cellules épithéliales qui se groupent par paquets entre des faisceaux plus ou moins épais de tissu conjonctif formant stroma. Celui-ci englobe les cellules épithéliales, les tasse les unes contre les autres sans aucun ordre. Il renferme des vaisseaux sanguins et lymphatiques en rapport avec les cavités des alvéoles.

Enfin le *sarcome mélanique*, d'après Brocq, est un nævo-carcinome, c'est-à-dire une tumeur d'origine épithéliale, dont les éléments sont fusiformes ou globuleux, ce qui explique la confusion que l'on a faite si longtemps. Il naît et se développe souvent sur un nævus congénital ou sur une tache mélanique, occasionné par une inflammation ou un traumatisme. Bonnet (de Lyon) prétend qu'il est possible qu'il naisse directement sur la peau sans aucune tache pigmentaire.

Le passage du nævus au nævo-carcinome mérite une description particulière. On trouve, en effet, sur des coupes des parties dans lesquelles on peut reconnaître l'angiome avec ses alvéoles contenant des cellules épithéliales qui affectent par place une disposition de revêtement, tandis que d'autres parties du corps sont envahies par les cellules néoplasiques qui forment des îlots remplaçant tout le tissu existant, « les vaisseaux eux-mêmes ayant comme paroi des cellules néoplasiques et la structure étant par conséquent strictement sarcomateuse ». On trouve par place presque toujours du pigment en grande quantité. Il est contenu dans des éléments appelés chromatophores. Les cellules næviques présentent de nombreuses monstruosité cellulaires dans la forme des noyaux qui sont gros, bourgeonnants, et souvent

en mitoses atypiques. Il peut y avoir aussi absence de chromogène.

Il nous faut encore citer une variété de tumeur qui se rapproche un peu de la forme précédente (mélano-sarcome) et qui est très rare. C'est une tumeur à mégacaryocytes. Elle a été signalée dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, par Argaud et Montpellier. « Au faible grossissement, elle donne l'impression d'un énorme granulome revêtu d'une mince couche épidermique tendue par la pression sous-jacente d'une trabécule claire, abondante, riche en cellules et renfermant, en outre, quelques rares nodules épithélioïdes de forme et de taille différentes. »

A fort grossissement, on voit, vers la zone d'implantation, l'épithélioma qui paraît normal, quoique certaines cellules paraissent cancéreuses. La couche de Remy s'effondre et l'épiderme qui englobe la tumeur présente des couches erratiques, tandis qu'il desquame par sa partie externe.

Le réseau qui forme le squelette de la tumeur est bourré de nombreuses cellules hétéromorphes : érythrocytes, plasmazellen, cellules à noyau éosinophile, myélocytes, cellules ressemblant à celles de Loughans, et enfin une série de cellules à noyau bourgeonnant, à toutes les phases de leur activité physiologique et de leur évolution structurale.

« L'image de ces mégacaryocytes varie avec le stade où elles se trouvent; noyaux muriformes, en couronne, en boudin. Multiples centrioles dans le protoplasma.

» Vers l'extrémité libre de la tumeur, on perçoit le passage des cellules intradermiques sous-jacentes à l'épiderme, en mégacaryocytes. »

C'est le nombre de ces cellules qui donne de l'intérêt à cette description histologique et lui fait donner le nom de mégacaryocytome par Argaud et Montpellier.

SYMPTOMATOLOGIE

Les tumeurs malignes du nez ont des symptômes différents selon qu'elles siègent à l'intérieur de l'organe ou à l'extérieur. Dans le premier cas, les signes cliniques sont surtout fonctionnels. Ils se ressemblent, quelle que soit la nature de la néoplasie, et peuvent être décrits ensemble. Dans le second, ils sont surtout physiques et chaque sorte de cancer mérite une description à part.

Tumeur à siège interne. — Le début est tout à fait insidieux. Mais bientôt le malade est atteint d'un coryza d'une seule narine qui dure longtemps et devient chronique malgré les soins les plus minutieux ; puis l'écoulement, de muqueux et filant qu'il était, devient fétide et purulent. La gêne que procure le coryza fait moucher ou se gratter. On trouve dans le mouchoir ou sur le doigt des filets de sang. A côté de ces petites hémorragies, auxquelles le malade attache peu d'importance, se placent des épistaxis abondantes. P. Bourgeois les trouve rares dans l'épithélioma, de règle dans le sarcome. On peut expliquer ceci par le siège de prédilection du sarcome sur la cloison à sa partie antéro-inférieure, près de, ou même sur la tache vasculaire dont les vaisseaux variqueux et érodés s'ouvrent et laissent s'écouler largement le sang. Ces épistaxis apparaissent à la moindre occasion : les règles, un peu de congestion cérébrale. Une malade que nous avons interrogée à ce sujet et qui est journalière, prétendait qu'elle saignait lorsqu'elle allait travailler la terre, c'est-à-dire lorsqu'elle était au soleil et la tête baissée (Obs. IV). Elles viennent enfin quand la

malade se mouche. Peu fréquents au début, ils reviennent de plus en plus souvent et peuvent même se produire plusieurs fois par jour.

La douleur est rare. Cependant on a signalé des cas assez nombreux d'algies de l'hémiface du côté de la lésion et surtout de l'otalgie, comme le montre une de nos observations (Obs. VIII).

En même temps que les épistaxis deviennent nombreuses, la tumeur augmente de volume et finit par obstruer le passage narinaire. De là découlent des symptômes fonctionnels et physiques.

Il nous faut tout d'abord insister sur l'obstruction nasale qui amène la gêne respiratoire, la respiration de suppléance par la bouche, le ronflement la nuit et le nasonnement (rhinolalie fermée).

Cette gêne, localisée comme le coryza à une seule narine, se communique bientôt à l'autre, car la tumeur grossit, repousse la cloison — ce qui arrive le plus ordinairement — ou bien encore la transperce, arrivant ainsi par l'un quelconque de ces mécanismes à obstruer le deuxième passage vestibulaire.

En même temps, l'aile du nez est repoussée, quelquefois érodée et trouée. Il peut y avoir aussi disjonction des os propres du nez. En somme, celui-ci est sujet à de nombreuses déformations.

L'examen rhinoscopique permet de voir et de se rendre compte des caractères de la tumeur. Tantôt elle est lisse, tantôt rugueuse, souvent ulcérée et laissant sourdre un ichor fétide.

L'adénopathie sous-maxillaire est assez rare.

Tumeur siégeant à l'extérieur de la pyramide nasale. — LE SARCOME de la peau du nez fait le plus souvent partie d'une sarcomatose multiple de la peau, mais il peut être unique. C'est, en général, une tumeur dure, rugueuse, rougeâtre, généralement petite, mais pouvant devenir très saillante et même pédiculée et s'ulcérant quelquefois.

LE LYMPHOSARCOME s'observe, d'après Brocq, « dans les deux sexes au voisinage des orifices naturels comme la narine. Il

débute par un petit nodule lenticulaire intradermique, rosé ou rouge sombre qui s'étend en même temps qu'il prend plus d'épaisseur. Il est ferme et parfois même d'une dureté cartilagineuse. Il ne crée pas d'adénopathies.

» A mesure que le nodule initial grandit, l'épiderme se détache et tantôt l'érosion reste superficielle, rouge et lisse, tantôt elle se creuse d'ulcération profonde qui fouille le néoplasme de cavernes anfractueuses. Un trait caractéristique du lymphosarcome pur est sa tendance à envahir les ganglions correspondants qui sont durs, inégaux, mobiles au début, puis empâtés et parfois ulcérés ».

Les épithéliomas de la peau du nez présentent de nombreuses variétés qui se rattachent à la classification de Darier, citée plus haut.

LE CANCROÏDE DU NEZ, qui est « le résultat tardif de l'insolation chronique » (Dubreuilh), se trouve le plus souvent chez des malades au visage ridé, d'aspect sénile. Souvent, à côté de la lésion, il y a des plaques de kératoses séniles dont l'une d'elles a été le point de départ de la lésion. Il se greffe aussi sur de vieilles cicatrices de lupus.

Sur la peau, on voit une petite croûte grisâtre. Si on la fait tomber, on découvre au-dessous un petit bouton rougeâtre qui s'agrandit (jusqu'au volume d'une noix), s'enfoncé, devient violacé et finit par s'ulcérer. Les bords font une saillie assez élevée au-dessus des téguments. Ils sont taillés à pic vers l'ulcération dont le fond est grisâtre et saigne facilement. L'engorgement ganglionnaire est rapide (ganglions sous-maxillaires) et l'empâtement produit une tumeur de consistance cartilagineuse, immobile. « Profondément, l'ulcération s'étend, détruit l'aile du nez, et finalement on a une ouverture béante à travers laquelle on aperçoit la cloison des fosses nasales. La gêne peut être très marquée, mais elle peut disparaître ou tout au moins diminuer quand la partie externe de l'aile du nez permet à l'air de pénétrer directement dans les fosses nasales. »

Quelquefois, on trouve de la douleur à la pression. Elle est beaucoup plus rarement spontanée; dans ce cas, on la trouve sous forme de lancements.

Il existe plusieurs formes cliniques de ce cancer épithélial (Dubreuilh) :

1° *La forme profonde d'emblée.* — La tumeur est profondément enfoncée dans la peau, douloureuse. L'ulcération précoce est remplie de fongosités. L'envahissement ganglionnaire est rapide;

2° *La forme ulcéreuse.* — On trouve sous la croûte un ulcère à bords durs, peu profonds, à pic, à fond bourgeonnant, saignant facilement et sécrétant du pus;

3° *La forme végétante.* — Elle débute par une petite tumeur superficielle et saillante, qui s'ulcère et devient végétante. Il se forme alors une masse ressemblant à un chou-fleur ou à un champignon. Si on enlève la croûte, on trouve une masse fongueuse, molle et mamelonnée saignant facilement. Il y a peu d'infiltration sous-jacente; la tumeur est mobile sur les plans profonds.

L'ÉPITHÉLIOMA PLAN CICATRICIEL commence, comme le cancroïde, par une élévation qui, au lieu de grossir et de s'enfoncer, s'étale en largeur et prend ainsi la forme d'une pièce de monnaie (quoi qu'il soit rarement circulaire), d'où son nom d'épithélioma plan. Ce petit bouton est recouvert de croûtes grisâtres. Les bords nettement délimités sont indurés, peu élevés, mais taillés à pic vers l'ulcération qui finit par se produire sous la croûte, car le derme rouge et friable, facilement saignant, est vite érodé. Le fond est grisâtre, humecté par un ichor peu abondant qui se concrétise facilement en séchant. On trouve généralement, sur les bords, des parties cicatrisées qui sont dures, blanchâtres et ressemblent à des perles, d'où le nom d'épithélioma perlé donné par Besnier. A d'autres endroits, la cicatrisation est plus avancée. Les perles sont soudées et il y a formation de véritables brides cicatricielles.

« Un autre caractère des plus importants est la dureté et la friabilité du tissu épithéliomateux. Sous la curette, il s'effrite et s'énuclée facilement alors que les tissus sains résistent. »

« Cette forme, presque toujours extrêmement bénigne, reste superficielle fort longtemps, parfois même toujours et ne se

propage pas aux ganglions. Parfois, elle s'étend beaucoup en surface en suivant une forme serpigineuse et rouge en quelque sorte superficiellement sur toute une partie de la face. Parfois aussi, elle gagne en profondeur, infecte le système lymphatique et cause la mort. » (Brocq).

L'ULCUS RODENS, décrit pour la première fois par Jacob, d'où le nom que lui donnent les Anglais de « Jacob's Ulcer », a été bien étudié par Dubreuilh et Auché en 1902. Il débute par une papule pâle ou par un petit nodule qui se développe insidieusement, puis s'ulcère. L'ulcération est d'une extraordinaire lenteur d'évolution. Elle a une extension serpigineuse. Ses bords sont taillés à pic, non décollés. Le fond de l'ulcération est rosé ou jaunâtre, sec, peu sécrétant. Il est d'ordinaire cicatrisé en partie. A la périphérie, on trouve un bourrelet dur, peu saillant, le « rolled edge » des Anglais, d'une largeur de 1 à 5 millimètres, d'un rose jaunâtre ou d'un gris perlé, avec une certaine transparence, recouvert d'un épiderme mince, lisse et tendu, laissant voir quelques varicosités veineuses superficielles, d'une dureté cartilagineuse. Il se continue avec l'induration sous-jacente à l'ulcère, de telle sorte que la lésion dans son ensemble est constituée par une plaque néoplasique dure et bien limitée, épaisse de quelques millimètres et dont une partie centrale est creusée par une ulcération peu profonde. Ce n'est qu'au bout de plusieurs années que l'ulcus rodens arrive à faire des délabrements locaux assez importants, à perforer une narine, par exemple (Brocq).

Deux formes cliniques de l'ulcus rodens sont à signaler :

1° *La forme nodulaire, bénigne.* — Elle débute comme un ulcus rodens ordinaire par une petite saillie miliaire qui grossit jusqu'à devenir comme un pois, puis l'évolution de cette tumeur qui est globuleuse, lisse, rosée, s'arrête et persiste indéfiniment. Il n'y a aucune ulcération ni envahissement ganglionnaire. Il est souvent kystique (W. Dubreuilh);

2° *La forme térébrante.* — C'est une forme très maligne qui est l'aboutissant d'un ulcus rodens ou d'un épithélioma plan mal soigné. Elle peut cependant être primitive. Son évolution

est alors rapide ; les tissus sous-jacents à la peau (muscles et cartilages, lame fibreuse) et même le squelette osseux sont envahis et il y a perforation de l'auvent nasal. Il est curieux qu'une forme aussi maligne ne produise pas d'envahissement ganglionnaire ni de métastase et n'altère pas l'état général.

L'épithélioma qui se développe dans la zone de transition (paroi externe ou alaire et pli du vestibule de Zuckerkandl) a la même structure histologique que le cancroïde, mais en diffère très nettement par son allure clinique. Cette différence n'est pas aussi tranchée que celle qui existe entre le cancroïde de la peau de la lèvre supérieure et celui de la muqueuse de transition. Elle existe quand même. Il « infiltre tous les tissus voisins en formant une tumeur mal limitée, envahit de bonne heure les ganglions lymphatique, et récidive très facilement après une ablation en apparence très large. Il se rapproche par là du cancer de la langue qui est encore bien plus malin » (Dubreuilh).

LE CYLINDROME. — Le cylindrome est une tumeur sous-cutanée, pouvant atteindre la grosseur du poing, qui se révèle au palper extrêmement dure, irrégulière et bosselée. Ses limites sont nettes, car elle est le plus souvent encapsulée. Lorsque, comme il arrive dans quelques cas, elle s'ulcère de bonne heure, elle prend l'aspect d'un cancroïde.

LE CARCINOME, assez rare quand il est primitif, naît ordinairement sur la cicatrice d'un ancien épithéliome que l'on a extirpé. « Il est caractérisé par des nodules plus ou moins volumineux variant, comme dimension, de celle d'une grosse tête d'épingle à celle d'une noisette, ferme au toucher, d'un rouge rosé ou d'un rouge brun. D'abord isolés, ils deviennent peu à peu confluents (cancer en cuirasse de Velpeau) de façon à former des masses irrégulières, mamelonnées, qui peuvent s'ulcérer, bourgeonner, prendre l'aspect fougueux. C'est le carcinome lenticulaire. »

Le carcinome tubéreux est caractérisé par une prolifération beaucoup plus considérable des nodosités.

LE NÆVO-CARCINOME. — On voit apparaître sur la peau une tumeur noirâtre, au moins en partie, quelquefois gris ardoisé,

qui s'étend sur place. Les ganglions s'infectent assez rapidement. Le plus souvent, à la place où se développe la tumeur, il y a un nævus congénital ou une tache pigmentée, séquelle d'une inflammation ou d'un traumatisme. Le nævus peut rester stationnaire pendant longtemps. Puis des signes précurseurs, tels que prurit et douleur apparaissent. Mais surtout, on voit, tout à coup, le nævus se tuméfier, sa base s'indurer. Rapidement, une ulcération se produit. Il se forme alors une plaie à fond irrégulier, sanieux, saignant au moindre contact, recouverte de croûtes noirâtres, adhérentes (Bonnet).

L'évolution est rapide, la marche envahissante. Les ganglions s'infectent. Les métastases sont de règle.

COMPLICATIONS

Le cancer peut s'étendre en profondeur et perfore souvent la pyramide nasale. On voit alors par la brèche l'orifice antérieur des fosses nasales. Cette forme térébrante est souvent le fait du cancroïde. Elle existe aussi dans l'ulcus rodens (Obs. VIII). Quelquefois il y a une mutilation beaucoup plus prononcée. Le nez est détruit entièrement.

La néoplasie peut s'étendre en largeur, gagner la peau des joues, la lèvre supérieure, le front, les paupières. Elle peut aussi atteindre l'autre narine, la fosse nasale correspondante, l'orifice externe, le maxillaire supérieur et les sinus (Obs. II et III), la paupière et le rebord orbitaire, la voûte palatine et la base du crâne.

Deux de ces complications sont intéressantes à étudier :

1° La propagation à l'os maxillaire et au sinus. Elle se traduit cliniquement par une adhérence de la tumeur au squelette et par tous les signes d'une sinusite (céphalées, névralgies faciales, écoulement de pus par la narine correspondante, objectivé par l'épreuve des trois mouchoirs, tache sombre remplaçant les triangles lumineux à la diaphanoscopie) ;

2° La propagation vers la paupière inférieure et l'orbite qui entraîne des phénomènes oculaires (inflammation réactionnelle de la muqueuse du canal nasal et des canaux lacrymaux donnant de la conjonctivite de l'œil homologue, compression de ces canaux amenant de l'épiphora, et enfin hyperémie conjonctivale due à l'écrasement des vaisseaux de la région).

Les métastases ont lieu par voie lymphatique dans les épithé-

liomas. Elles sont fréquentes et précoces dans les cancroïdes. Les ganglions géniens et sous-maxillaires sont petits, durs et roulent sous le doigt. Quelquefois les vaisseaux lymphatiques apparaissent par suite de leur situation superficielle sous forme de cordons blancs. Si la lésion est ulcérée, il y a périadénite et les ganglions sont inclus dans une masse de consistance cartilagineuse.

La voie sanguine est exclusivement empruntée par les sarcomes qui ont une grande facilité d'essaimage (vaisseaux sans parois). Au point de vue clinique, le sarcome de la peau peut longtemps végéter sans se généraliser et guérir par ablation large. Mais il peut aussi envahir le réseau veineux à la suite d'une intervention malheureuse ou, quelquefois, spontanément.

Le sarcome mélanique est capable d'infecter les ganglions et de se généraliser à tout l'organisme sous forme de nodules métastatiques (Bonnet).

La cachexie est une sorte d'infection de l'organisme tout entier par la tumeur qui se traduit par une fragilité globulaire très grande avec comme corollaire l'hémolyse (teint jaune paille caractéristique).

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Les cancers qui peuvent prendre naissance sur les tissus de la pyramide nasale sont, comme nous l'avons vu, d'une grande variété de type clinique et histologique, ce qui explique le grand nombre de pronostics différents qu'ils entraînent.

Les épithéliomas endonarinaires, en général, sont beaucoup moins malins que ceux des fosses nasales. Ils évoluent souvent pendant de longues années. Ordinairement, on peut dire que lorsqu'on s'éloigne de l'orifice postérieur pour se rapprocher de l'ouverture antérieure des narines, en sortir et passer à l'extérieur, sur la peau, les épithéliomas sont de moins en moins malins.

Épithéliomas de la peau. — Ceux de la peau sont en particulier très bénins. Ce fait est d'ailleurs reconnu depuis longtemps (Follin et Duplay).

Sans préjuger de leur variété, sur 83 malades que nous avons examiné au point de vue de l'ancienneté de leur lésion, dans le service de M. le professeur Dubreuilh, nous avons pu en trouver 11 dont la tumeur remontait entre dix et trente ans, 23 entre trois et dix ans, 15 à deux ans, 15 à un an; 15 seulement paraissent avoir été pressés et sont venus dans les quelques mois qui ont suivi le début. Il faut ajouter, d'ailleurs, que parmi ceux-ci quelques-uns, soucieux de leur santé, sont venus consulter sans attendre que leur mal ait évolué, dès qu'ils ont jugé qu'une ulcération banale eût dû guérir depuis longtemps.

La plus ou moins grande bénignité varie selon la nature histologique et la forme clinique envisagée.

Les moins graves de beaucoup sont l'ulcus rodens, et encore

plus l'épithélioma plan. Brocq, en parlant de ce dernier, dit : « Cette forme perlée est presque toujours bénigne, reste superficielle fort longtemps, parfois même toujours, et ne se propage pas aux ganglions. Parfois, elle s'étend beaucoup en surface en suivant une marche serpentineuse et ronge, en quelque sorte superficiellement, toute une partie de la face. Parfois aussi elle gagne en profondeur, infecte le système lymphatique et cause la mort. »

Il faut distinguer entre les différentes formes :

La forme nodulaire est de beaucoup la plus bénigne, puisque le néoplasme arrivé au premier stade n'évolue pas et reste stationnaire.

La forme térébrante est beaucoup plus grave, non *quoad vitam*, car l'état général n'est pas atteint et il n'y a presque jamais de généralisation ganglionnaire, mais au point de vue local, c'est un épithélioma qui engendre de larges pertes de substance.

La forme atrophique « peut évoluer pendant vingt ou trente ans sans amener de délabrements considérables, mais peut passer tout d'un coup à la forme rongeante et destructive » (Dubreuilh).

« L'ulcus rodens, dit encore M. le professeur Dubreuilh, a pour caractères cliniques principaux la lenteur de sa marche, l'absence totale de généralisation ganglionnaire ou viscérale et la médiocrité de la néoformation. Il n'y a, pour ainsi dire, jamais de tumeur. »

Le cancroïde, dans l'ensemble, est plus grave que l'ulcus rodens. Cependant, là aussi, le pronostic dépend de la variété clinique.

La forme profonde d'emblée présente une généralisation ganglionnaire précoce et rapide.

La forme ulcéreuse est moins maligne que la précédente et elle peut rester stationnaire de nombreuses années; mais elle peut aussi infiltrer les tissus sous-jacents, augmenter rapidement de volume, former une tumeur profonde et large, et même envahir les ganglions.

Dans la forme végétante, il peut y avoir infiltration des tissus sous-jacents, avec généralisation.

L'épithélioma des orifices muqueux envahit de bonne heure les ganglions lymphatiques et récidive facilement même après ablation en apparence très large. On peut dire que c'est une forme de transition entre l'épithélioma malpighien muqueux et celui de la peau.

Épithéliomas muqueux. — Dans les *épithéliomas spino-cellulaires* ou lobulés, l'envahissement destructif de tout l'organe est beaucoup plus précoce et beaucoup plus rapide que dans ceux des téguments, beaucoup plus marqués aussi.

D'autre part, les métastases sont de règle et se font par le système lymphatique.

Les *épithéliomas baso-cellulaires*, moins graves que les précédents, se généralisent cependant assez rapidement.

Les ganglions sont touchés de façon précoce.

L'évolution générale du *sarcome mélanique* est des plus capricieuse. La tumeur peut rester stationnaire pendant des années, puis brusquement la généralisation se fait et la mort survient en quelques mois. Parfois la marche est plus lente et graduellement progressive. Parfois elle est rapide d'emblée. L'intervention opératoire, même bien faite, semble souvent provoquer la généralisation. Cependant, on a vu des cas où l'opération très large, avec radiothérapie consécutive, a été suivie d'une période d'arrêt. Bonnet prétend que la généralisation fatale, par voie sanguine ou lymphatique, amène la mort en dix-huit mois au plus. Une intervention précoce augmente la durée de la vie jusqu'à vingt-sept mois.

Caractère de malignité cellulaire. — Un néoplasme, en dehors des caractères cliniques qui permettent de porter sur lui un pronostic, présente des caractères microscopiques qui servent d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, à donner les indications du traitement et à le diriger.

Ces caractères sont de trois ordres :

Les monstruosités cellulaires ;

Le nombre des mitoses ;

La réaction conjonctive.

Les monstruosités cellulaires portent sur l'atypicité plus ou moins prononcée de la cellule d'une part, et sur son pouvoir mitotique de l'autre.

Plus les cellules d'un épithélioma se différencient du type de la cellule normale qui a été son point de départ, plus l'épithélioma est malin. Cette atypicité peut porter sur le noyau qui, d'ordinaire, est augmenté de volume, bourgeonnant; sur son nucléole, également gros; sur le protoplasme qui contient des inclusions de cellules entières kératinisées.

L'autre facteur cellulaire de la malignité est le nombre exagéré de mitoses. Ceci se comprend : une tumeur a tendance à se généraliser, d'autant plus que sa prolifération est plus active. Enfin on rencontre des mitoses anormales qui se font par divisions triples et quadruples.

Le tissu conjonctif qui enserme les cellules cancéreuses, dans un but de défense créé par l'organisme du fait même de l'irritation provoquée par la cellule néoplasique, prolifère. Suivant qu'il prolifère plus ou moins, il arrive à étouffer plus ou moins la néoplasie : plus épaisse sera la trame conjonctive, moins le cancer sera malin.

Dans les épithéliomas tubulés, les monstruosités cellulaires sont toujours moins accentuées que dans les épithéliomas lobulés, ce qui explique avec leur moins forte tendance à métastaser leur plus grande bénignité.

« **Le sarcome de la peau** s'accroît, en général, lentement; il peut être unique, mais souvent il fait partie d'une sarcomatose générale d'emblée. » (W. Dubreuilh). Le premier cas seul nous intéresse. Il peut s'ulcérer et quelquefois même se généraliser (viscères et peau). La récurrence même après extirpation large est fréquente.

Le sarcome de la muqueuse s'accroît rapidement et la mort arrive fatalement si on n'intervient pas.

En outre, le caractère histologique de la tumeur permet de porter un pronostic :

1° Les sarcomes les plus malins sont les sarcomes globo-cellulaires à petites cellules. Ceux qui ont de grosses cellules se généralisent moins vite ;

2° Les sarcomes à cellules fusiformes sont, en général, moins malins que les précédents.

Le pronostic est favorable lorsqu'il y a une grosse prolifération conjonctive. On se rapproche alors des caractères histologiques des fibromes.

Ajoutons que l'opération précoce, le siège d'implantation, la forme pédiculée qu'il prend quelquefois, augmentent la bénignité du pronostic.

Le lymphosarcome enfin qui cède si facilement devant les rayons X perd de la gravité pronostique qu'il avait autrefois.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer du nez, étant donné la grande variété de tumeurs comprises sous ce nom et leurs nombreux sièges, les multiples maladies et tumeurs bénignes, aussi bien endo qu'exonasales, dont il faut faire la distinction, est très complexe. Nous essaierons d'abord de montrer les différentes maladies de la pyramide nasale avec lesquelles on peut confondre le cancer. Nous tâcherons de montrer ensuite quelles sont les tumeurs bénignes qui peuvent lui ressembler. Enfin, nous verrons que le diagnostic différentiel des tumeurs malignes n'est pas toujours commode et qu'il faut résoudre la question par l'examen microscopique, c'est-à-dire en faisant une biopsie.

Donc nous considérerons trois points :

1° Est-ce une tumeur ?

2° De quelle nature est cette tumeur : bénigne ou maligne ?

3° En face de quelle variété de cancer nous trouvons-nous ?

1° EST-CE UNE TUMEUR ? — *Les corps étrangers des fosses nasales*, quoique cela puisse surprendre au premier abord, lorsqu'ils sont restés antérieurs, peuvent simuler un cancer de la narine. En effet, lorsqu'un enfant a introduit dans son nez un corps étranger, celui-ci s'il est trop gros ne peut entrer dans les fosses nasales. On l'aperçoit alors sans peine et on l'extirpe facilement, mais il peut aller sur le plancher tout à fait en avant où il se coince entre la cloison et le cornet inférieur, à moins que le cornet étant très gros il n'aille s'encastrier dans la partie toute antérieure du méat inférieur. Or, lorsque ces corps étrangers séjournent dans les fosses nasales, la muqueuse s'en-

flamme, devient rouge et tuméfiée, bourgeonne même, et il s'installe alors dans la narine une véritable tumeur que l'on peut confondre d'autant mieux avec un néoplasme malin que la muqueuse a tendance à s'ulcérer. Il peut y avoir aussi suppuration abondante et même fétide. L'absence de renseignements, fréquente chez les enfants qui forment la presque totalité de ces malades à corps étrangers, l'unitéralité de la lésion jointe à un examen rhinoscopique un peu hâtif peuvent faire poser le diagnostic de sarcome, tumeur maligne de cet âge. Cependant on se rappellera qu'il faut toujours penser aux corps étrangers chez les tout jeunes malades. On trouvera, lorsqu'on aura soigneusement nettoyé la tumeur et qu'on l'aura débarrassée de ses sécrétions et de son pus, une masse dure que le stylet mené prudemment contournera souvent facilement.

Lorsque les *déviations de la cloison* sont situées, comme c'est la règle, sur le cartilage quadrangulaire où elles apparaissent sous la forme d'une saillie arrondie régulière, elles peuvent simuler un néoplasme malin et surtout un sarcome de la cloison. Mais ici, la muqueuse conserve son aspect normal. Il n'y a pas d'ulcération ni d'hémorragie. Enfin et surtout, l'examen rhinoscopique de la narine opposée montre une dépression concave de même forme que la tumeur et de siège correspondant.

Les *hématomes* de la cloison qui siègent sur le cartilage quadrangulaire en avant (car la cloison par sa proéminence est le siège de fréquents traumatismes auxquels ils sont consécutifs) peuvent être confondus avec une tumeur maligne, mais les antécédents traumatiques d'une part, la bilatéralité de la lésion (les deux muqueuses sont, en effet, généralement décollées ensemble) de l'autre, permettront de faire le diagnostic.

Ces hématomes ont tendance à suppurer et à former des *abcès* de même siège qui pourront être reconnus grâce à leur bilatéralité, à l'intégrité de la muqueuse qui est lisse et non ulcérée, à la fluctuation que l'on perçoit très nettement par le palper bidigital.

L'ulcère de Hajek peut encore en imposer pour un cancer, un

ulcus rodens en particulier, par ses épistaxis, par son ulcération qui se recouvre d'une croûte et qui est sanguinolente lorsqu'on l'arrache, par son évolution térébrante qui arrive à perforer le cartilage. Mais le siège de la lésion, sa marche insidieuse, et surtout le fait que ses bords sont taillés à pic et que la muqueuse du pourtour est absolument saine trancheront la question.

Les symptômes fonctionnels du *rhinosclérome* au début : coryza, obstruction nasale, nasonnement, puis l'induration des tissus muqueux et des téguments, la marche progressive des lésions, leur aspect bourgeonnant, mamelonné, en chou-fleur, font penser à une néoplasie maligne, sarcome ou épithéliome. « Cependant, dit le professeur E.-J. Moure, j'ai pu constater moi-même que le diagnostic de cette affection était facilité à faire pour quiconque a eu l'occasion de voir une seule fois les lésions si caractéristiques du rhinosclérome. » Quoi qu'il en soit, cette lésion passe souvent inaperçue des cliniciens français parce qu'elle est extrêmement rare dans notre pays. C'est le plus souvent l'examen bactériologique qui peut seul la révéler.

Outre les lésions que nous venons de décrire et qui siègent à l'intérieur des narines, d'autres peuvent être situées à la fois en dedans et en dehors de la pyramide nasale et prêtent alors à confusion avec un néoplasme malin.

La morve, dans sa forme « farcinose mutilante de la face », ronge l'aurent et laisse une large ulcération qui peut en imposer pour un cancer. Dans un cas de Besnier « apparurent de vastes ulcérations qui détruisirent une grande partie du nez, la lèvre supérieure et la voûte palatine ». Dans une forme exonasale, vue par Sabouraud, il y avait une hypertrophie du nez avec des ulcérations linéaires : « Le nez était vermoulu. » (Besnier). Il y avait en même temps un coryza spécifique. Une forme particulière de farcin chronique, dit le professeur W. Dubreuilh, est constituée par des ulcérations profondes, térébrantes, destructives, atteignant le nez, les lèvres, pénétrant dans les fosses nasales et produisant d'énormes pertes de substance. La peau voisine est infiltrée, livide, vermoulue, creusée d'ulcères anfrac-

tueux de fistules sécrétant un pus jaune et visqueux. » Les lésions peuvent siéger à l'intérieur des narines et sur la cloison en avant. Elles se présentent alors sous forme de tubercules rougeâtres qui peuvent rester longtemps stationnaires, puis qui finissent par se ramollir, devenir fluctuant et se vident en donnant naissance à des ulcérations persistantes et suppurantes d'un pus fétide et d'un liquide épais, louche et jaune ressemblant à de l'huile. Le diagnostic se soupçonne à cause des antécédents (le malade a soigné des chevaux atteints de morve), s'affermir par les différents symptômes généraux que ne présente pas le cancer (fièvre, diarrhée, etc.), se prouve par la culture et l'inoculation au cobaye.

On peut encore confondre *le tubercule lépreux* d'une *lèpre tubéreuse*, localisée au nez avec des néoplasies malignes de cette région, lorsque le facies léonin est peu typique. Cette confusion sera d'ailleurs fort rare à cause de l'évolution de cette maladie qui débute par de la fièvre, continue par une période maculeuse avec macules érythémateuses, et présente avant d'arriver à la période tuberculeuse les taches si caractéristiques de Danielssen.

L'hypertrophie acnéique du nez ou rhynophyma envahit l'extrémité inférieure du nez, lobule et ailes, et peut lorsqu'elle est accentuée en imposer pour une tumeur. Le nez est en effet augmenté de volume dans sa totalité et peut atteindre le volume d'une très grosse orange. Les parois narinaires sont considérablement épaissies : jusqu'à 1 centimètre et plus. La peau est rouge, violacée, mamelonnée, mais on ne trouve ni ulcération, ni induration. Les pores de la peau sont élargis et lorsqu'on presse sur la tumeur on fait sourdre des glandes la matière sébacée sous forme de filaments plus ou moins contournés ou de liquide lactescent.

Certaines lésions simulent d'une façon parfaite les néoplasmes malins du nez. Ce sont les lésions tuberculeuses. Elles sont comme les précédentes endo et exsonasales. Il faut distinguer à ce propos un *lupus de la peau* et un *lupus de la muqueuse*. Il faut, en outre, faire le diagnostic avec deux formes de tubercu-

lose beaucoup plus rares : la forme végétante, que l'on ne voit presque jamais, et la forme ulcéreuse.

La forme végétante, qui peut siéger dans toute l'étendue des fosses nasales se trouve surtout en avant « parce que là se déposent en masse les poussières charriées par l'air inspiré, parce que là se produisent les érosions consécutives à l'introduction des doigts dans le nez » (Lermoyez).

Les lésions ont un aspect de végétations polypoïdes en chou-fleur. Leur surface irrégulière est bosselée, mamelonnée, d'apparence papillomateuse, de couleur rose pâle. Leur volume est variable, leur consistance élastique. Bientôt des ulcérations se produisent et la surface devient fongueuse. Il se produit rapidement de l'adénopathie sous-maxillaire.

Elle ressemble beaucoup au sarcome, surtout au début, si bien que souvent l'examen histologique seul peut lever le doute « et cependant le microscope ne révèle pas de lésions tuberculeuses nettement constituées ; au milieu d'amas de cellules embryonnaires se montrent, espacées, quelques cellules géantes ; les follicules tuberculeux y sont des plus rares, les bacilles presque introuvables, ce qui explique l'évolution lente de cette lésion » (Lermoyez).

La forme ulcéreuse. Elle passe souvent de la zone vestibulaire aux téguments. De nombreux tubercules miliaires confluent, se ramollissent et il se produit des ulcérations plus ou moins vastes qui ont une forme ovale, des bords dentelés, un fond atone et fongueux.

Le diagnostic clinique se fera par la présence de tubercules qui se montrent sous forme de grains jaunes. Le malade est en général porteur d'une tuberculose qui évolue depuis longtemps. Des lésions analogues se trouvent sur la paroi pharyngée postérieure et même dans la bouche.

Le lupus de la peau dans sa forme végétante ou papillomateuse bourgeonne en une masse rougeâtre molle, mamelonnée par place. Parfois il est recouvert d'une croûte brunâtre. Il aboutit assez rapidement à l'ulcération. « Il s'observe surtout à l'entrée des narines qu'il entame au point de les détruire entiè-

rement. » (Menier). Il peut simuler, par son évolution très lente et son peu de réaction douloureuse, le cancroïde du nez, mais l'aspect des bords plats et du fond granuleux, l'ulcération, l'absence d'induration de la base font faire le diagnostic.

Dans sa forme ulcéreuse, qui s'observe elle aussi chez les sujets jeunes, lymphatiques, à circulation ralentie, il se présente sous forme d'ulcérations peu profondes et granuleuses, rouges avec des taches jaunes par endroit, mamelonnées, recouvertes de croûtes jaunâtres épaisses, irrégulières. Quelquefois des fongosités molles et friables poussent sur le fond de l'ulcération et suppurent abondamment. On peut à cause de l'ulcération plate le confondre avec l'ulcus rodens d'autant plus que les bords sont peu saillants, taillés à pic et non décollés. Mais ils sont mous alors que l'ulcus se pose sur une base indurée.

Le lupus myxomateux, par ses masses volumineuses, jaunâtres, violacées, recouvert d'un épithélium mince, peut se confondre avec un cancroïde surtout dans sa forme hypertrophique.

Le diagnostic différentiel dans ces nombreuses formes sera établi par l'induration de la base du cancer, la tendance de ce dernier à saigner plus facilement et enfin l'âge du malade. De plus, dans le lupus, on pourra souvent trouver des lésions caractéristiques.

Toutefois, si on ne pouvait porter ce diagnostic, il serait prudent de faire un examen histologique.

En dehors du lupus de la peau, il y a celui de la *muqueuse*. Celui-ci atteint surtout les muqueuses dermiques; c'est pourquoi la muqueuse nasale est seule atteinte au début. Il peut se développer soit isolément, soit en même temps que le lupus de la peau, ou bien n'en être que l'extension. Il est absolument indolent, forme des surfaces rouges mamelonnées et molles. Il présente sur ces surfaces des bourgeons très friables qui saignent au moindre contact. « Il n'y a généralement pas d'ulcération ni de perte de substance visible, mais la guérison laisse, là comme ailleurs, des cicatrices rétractiles. La confusion avec l'épithélioma et le sarcome des fosses nasales est possible. On l'évitera

par la connaissance des caractères que je viens d'indiquer, par l'adénopathie constante du paquet ganglionnaire sous-maxillaire, par l'âge du malade et par l'évolution lente et torpide de l'affection.

Mais il peut arriver qu'un épithélioma naisse sur un lupus. Généralement, le lieu d'élection est une cicatrice en voie d'évolution. « La lésion prend alors l'aspect d'une tumeur végétante fongueuse, mollasse, à marche rapide, saignant facilement et accompagnée d'adénopathie, de douleur vive et d'une profonde altération de l'état général. » (Brocq). Le diagnostic différentiel est alors très difficile à établir. Cependant, d'après le professeur W. Dubreuilh, « on le reconnaît facilement à la dureté de la lésion surajoutée et aux fongosités plus friables et plus saignantes ».

L'acné nécrotique peut quelquefois aussi lorsque la lésion est unique, ce qui est rare, et qu'elle ne présente qu'un seul foyer sur le nez, être confondu avec l'épithélioma du nez dans sa forme d'ulcus rodens. Il montre, en effet, une croûte plus ou moins inégale enchâssée dans la peau. Lorsqu'on l'arrache, on trouve au-dessous une ulcération qui ne suinte pas et qui est sèche. Mais il n'y a pas, comme dans l'ulcus, l'induration de la base, ni d'hémorragie.

La syphilis à toutes ses périodes peut simuler les néoplasies malignes de la pyramide nasale.

Le chancre syphilitique peut siéger soit à l'extérieur, soit à l'intérieur des narines, mais on le rencontre le plus souvent sur le pourtour de l'entrée vestibulaire, sur la zone marginale. On peut le confondre avec un néoplasme malin, le plus souvent avec un sarcome (Moure, Moore, Garel, Lermoyez). En effet, il est le plus ordinairement un peu surélevé, ulcéré, produisant une sténose nasale assez marquée et repoussant l'aile du nez au point de la déformer. Il amène très fréquemment des névralgies faciales. Cependant, s'il est endonasal, on se rappellera que le sarcome est, en règle générale, accompagné d'épistaxis. D'autre part, le chancre est toujours suivi d'une pléiade ganglionnaire de la région sous-maxillaire caractéristique sans périadénite. Les

ganglions indolores roulent sous le doigt qui les palpe. L'apparition de la roséole quelques jours plus tard, si on ne peut faire rapidement le diagnostic, tranche la question. Cependant, il vaut mieux encore faire une biopsie pour l'examen histologique si important au point de vue thérapeutique. S'il est situé sur la peau, on pourra le confondre avec le cancroïde. Il s'en distinguera par les caractères inégaux de l'ulcération qui est plus profonde, par la lenteur d'évolution, l'absence plus ou moins grande d'adénopathie, la petitesse des ganglions très durs.

Les accidents secondaires, qui peuvent simuler les tumeurs malignes, sont rares. Il y a pourtant certaines ulcérations de la cloison, suintantes ou recouvertes de muco-pus, qui prêtent à confusion avec le sarcome. L'absence des caractères locaux du sarcome déjà décrits plus haut et la coexistence des lésions cutanées permettront de faire le diagnostic.

Gougerot (dans le traitement de la syphilis en clientèle) cite le cas d'un malade atteint de syphilis maligne mutilante et térébrante ayant détruit la presque totalité des parties molles du nez et du squelette endonasal et dont l'aspect rappelle celui d'un néoplasme à forme ulcéreuse.

Les accidents tertiaires surtout, représentés sur la peau par les syphilides tuberculo-ulcéreuses ou gommeuses, peuvent en imposer pour des cancroïdes (cas de Gotheil). L'induration plus cartilagineuse du cancer, avec une tendance plus marquée aux hémorragies, les ulcérations plus bourgeonnantes et fongueuses, l'évolution plus lente de cette lésion, en même temps que les caractères spéciaux de la syphilis : tendance des lésions à l'arc de cercle, les phénomènes inflammatoires surajoutés, le manque constant d'adénopathie, à moins qu'elle ait pour origine cette inflammation (elle est alors passagère), leveront le doute. Ajoutons-y l'âge du sujet qui est, en général, un adulte jeune. Si le doute restait, le traitement spécifique jugerait la question. On sait cependant que ce traitement est à double tranchant et que si l'on a affaire à une syphilis, le malade sera guéri, mais si l'on rencontre une tumeur, on peut lui donner un violent coup de fouet. Il ne faudra donc l'essayer qu'avec une grande prudence.

Et nous croyons qu'il vaut mieux trancher la question par une biopsie et un examen histologique.

Si la gomme siège sur la cloison, en avant, on pourra trouver au moment où elle se ramollira une sorte de fluctuation que l'on pourra confondre avec un sarcome. De même, un peu plus tard, lorsqu'elle arrivera à la période de l'ulcération et de la suppuration, on pourra encore la confondre avec la néoplasie et aussi avec l'épithélioma. Mais sa forme arrondie, ses bords nettement taillés, son fond tourbillonnant, son indolence et l'absence d'adénopathie font faire le diagnostic. Ajoutons encore la biopsie dans le cas de doute.

La syphilis héréditaire tardive peut se manifester au nez et aux narines par des lésions ulcéreuses qui copient celles de l'épithélioma du nez. « C'est un ulcère gommeux d'apparence torpide évoluant sans symptômes fonctionnels et surtout sans douleur, lentement, progressivement, et qui finit par convertir le centre de la face en un vaste ulcère ayant fait disparaître la sous cloison, la partie supérieure de la lèvre, quelquefois toute la partie inférieure du nez. Le squelette lui-même est atteint et détruit. » Là encore, l'induration, les bords le plus souvent polycycliques, l'absence totale de ganglions permettent le diagnostic. « On recherchera aussi les stigmates de l'hérédité syphilitique : dents, œil, oreilles, tibias. »

La biopsie ici encore peut être utile.

2° EST-CE UNE TUMEUR MALIGNE ?

Différentes néoplasies bénignes ayant pris naissance à l'intérieur des narines peuvent avoir une grande analogie clinique avec les tumeurs malignes dont nous nous occupons.

On rencontrera sur la partie antéro-inférieure de la cloison, au siège de l'hématome à qui il succède souvent, le *kyste séreux* qui peut se transformer en *kyste caséux*. Il forme une masse arrondie, à surface le plus souvent lisse, quelquefois rugueuse, rosée, sans altération de la muqueuse. On peut le confondre avec le sarcome, mais celui-ci se présente sous l'aspect d'une masse rouge sombre évoluant rapidement vers l'ulcération. D'autre part, il n'est pas fluctuant comme le kyste. Une ponction pourra trancher la question.

Les chondromes sont des tumeurs généralement lisses, arrondies et multilobées, quand elles atteignent un gros volume. Celui-ci varie beaucoup et peut atteindre celui du poing. Ils sont, en général, extrêmement adhérents soit à l'os, soit au cartilage qui leur ont donné naissance : *septum*, narine (cas de Morgan); la muqueuse reste saine et n'a pas tendance à s'ulcérer. Elle est plutôt pâle. Ils sont de consistance plutôt ferme et même élastique, à moins que, comme il arrive parfois, ils soient mous. Ils débutent dans le jeune âge et sont alors d'un diagnostic assez difficile avec le sarcome et quelquefois avec l'épithélioma. Ceux-ci ont une tendance rapide à l'ulcération, à la généralisation ganglionnaire. Ils portent une atteinte profonde à l'état général. La biopsie lèvera le doute d'une façon tout à fait sûre.

Les ostéomes de la pyramide nasale doivent être rares, car nous n'en connaissons point d'observation. Dans celles que nous avons pu voir, le siège était soit sur l'ethmoïde, soit sur le plancher des fosses nasales.

Le fibrome sous-muqueux est excessivement rare et de diagnostic facile.

L'angiome siège sur la cloison, dans son tiers antérieur, de préférence. Il peut en imposer pour un sarcome, mais il n'a point l'aspect bosselé, végétant, ni la consistance inégale, ni l'ulcération précoce du sarcome, pas plus que l'engorgement ganglionnaire; lorsqu'il siège sur la peau, on devra faire le diagnostic avec le mélanosarcome, diagnostic d'autant plus difficile qu'il donne souvent naissance à cette tumeur, comme nous l'avons dit en parlant des symptômes. Sa mollesse et son évolution lente, et plus sûrement encore la biopsie, lèveront le doute.

Certaines tumeurs bénignes d'origine congénitale doivent aussi être différenciées du cancer.

L'encéphalo-méningocèle siège le plus souvent dans les fosses nasales, mais il peut faire éruption en dehors, au niveau de la racine du nez. C'est une tumeur arrondie, quelquefois sessile, mais le plus souvent pédiculée. Elle est de consistance pseudo-

fluctuante. Les téguments ont leur couleur normale. Il n'y a pas d'ulcération ; la tension augmente pendant l'effort. Enfin, le diagnostic sera assuré par une ponction.

Le kyste dermoïde prend siège souvent au niveau de la racine du nez. C'est une petite tumeur, grosse en général comme une noisette, pseudo-fluctuante, dont les téguments gardent une coloration normale. Leur siège, l'absence de tout caractère malin et la ponction permettront de le reconnaître.

Les adénomes sébacés non symétriques se voient surtout chez les vieillards. Ils peuvent arriver à la grosseur d'une noix. Leur surface est lisse et ne présente pas d'ulcération. Ils sont de consistance ferme. Ils évoluent extrêmement lentement. A eux se rattachent les adénomes sébacés circonscrits.

Le fibrome sous-cutané est extrêmement rare. L'intégrité de la peau, sa lente évolution, son absence de généralisation le font facilement distinguer des tumeurs malignes.

Le lipome est aussi extrêmement rare dans cette région. Ses caractères de bénignité ne prêtent pas à confusion avec le cancer.

La corne cutanée, en général, est facile à reconnaître et le diagnostic se fait à la simple inspection. « Parfois cependant un épithélioma végétant peut se recouvrir d'une croûte cornée et ressembler alors à une corne à son début. Mais en faisant tomber cette croûte qui se détache facilement, on trouve au-dessous une ulcération reposant sur le fond induré caractéristique.

On doit encore faire le diagnostic avec l'épithélioma papillaire ou *papillome*. Il ressemble d'abord « à une verrue, à un poireau, en un mot à un papillome ordinaire » (Brocq) ; puis, sous une influence quelconque, il se met à se développer ; la peau s'indure et rougit tout autour, se mamelonne légèrement. La lésion a alors la forme d'un disque saillant à bords infiltrés, à centre tapissé de villosités et souvent recouvert d'une croûte adhérente. Ce papillome peut siéger sur la muqueuse nasale et alors prend l'aspect des crêtes de coq de la muqueuse génitale. Il ne présente pas de revêtement corné. Il est dit alors épithélioma papillaire nu.

3° QUELLE EST LA NATURE DE CETTE TUMEUR MALIGNE ?

Les épithéliomas du revêtement cutané sont faciles à diagnostiquer (Paul Moure, Brocq).

En particulier, Brocq dit que « *l'épithélioma plan cicatriciel* est presque toujours facile à reconnaître. Il suffit pour cela de tendre légèrement les bords de la lésion pour voir se dessiner les saillies blanches périphériques pathognomoniques ».

Le sarcome de la peau forme une tumeur dure, rouge, lisse, tandis que l'épithélioma est plutôt une ulcération rougeâtre. Il y a absence de ganglion.

« *Le lymphosarcome* diffère du sarcome pur par sa tendance à envahir les ganglions correspondants qui sont durs, inégaux, mobiles au début, puis en partie conglomérés parfois ulcérés. » (Darier).

Le mélanosarcome de la peau est caractéristique. Sa couleur brunâtre ou bleuâtre ardoisée, sa dureté, son évolution rapide, l'engorgement ganglionnaire précoce, les nodules métastatiques le font reconnaître.

LA BIOPSIE. — On s'aperçoit, lorsqu'on étudie le diagnostic des tumeurs macroscopiquement, du peu de précisions qu'il peut donner. C'est qu'en effet les aspects multiples d'une même tumeur, et surtout les ressemblances vraiment extraordinaires qu'elles présentent souvent entre elles rendent ce diagnostic clinique absolument insuffisant. Et l'on voit revenir comme un leitmotiv dans les livres, qui en parlent, que si l'on ne peut être absolument sûr de la variété de néoplasme en présence de laquelle on se trouve, on doit faire une biopsie. C'est qu'en effet nous avons à notre disposition un moyen de reconnaître la nature d'une néoplasie d'une façon beaucoup plus précise, sûre même : l'examen histologique.

Celui-ci, outre qu'il permet le choix du traitement, ce qui est le point capital, peut encore, comme on le verra dans les chapitres suivants, aider à poser le pronostic et enfin à conduire, si l'on se sert de roentgen ou de curiethérapie, le traitement (index karyokinétique).

La technique en est très simple. Elle consiste à prélever un

fragment de la tumeur que l'on inclut et dont on fait des coupes. Celles-ci sont examinées au microscope après coloration.

Le prélèvement du fragment se fait au moyen d'instruments divers selon la forme du néoplasme. Il est très facile sur l'auvent nasal et l'intérieur des narines, d'un accès commode. A l'extérieur, on emploiera le bistouri. A l'intérieur, on pourra user aussi d'un bistouri ou mieux d'une pince à mors coupants ou encore d'une anse froide si la tumeur est pédiculée. Il faut seulement avoir toujours soin de faire exactement la prise au niveau de la tumeur et, ensuite, de faire une biopsie intacte et suffisamment importante pour permettre à l'histologiste d'orienter sa pièce et de faire un examen complet.

On commencera par faire une anesthésie locale, au moyen d'un badigeonnage avec une solution de cocaïne au 1/10. On fera ensuite la prise. Le fragment sera immédiatement plongé dans un flacon d'alcool à 95 degrés préparé à cet effet. Si la plaie saigne, on fera de l'hémostase par compression. On pourra imbiber le tampon avec une solution d'adrénaline au 1/1000.

Beaucoup de spécialistes hésitent à pratiquer cette biopsie par peur de donner un coup de fouet au néoplasme. On peut la rendre inoffensive :

On évitera l'essaimage dans les tumeurs fermées par l'asepsie et la suture soigneuse. La propagation ganglionnaire serait supprimée en faisant précéder immédiatement les biopsies (surtout celles qui portent sur les sarcomes et les carcinomes d'une irradiation convenable par les rayons X destinés à stériliser les couches superficielles de la tumeur (Regaud).

TRAITEMENT

Les traitements employés dans le cancer du nez sont extrêmement nombreux. On peut les ranger sous trois chefs : chimiques, physiques, chirurgicaux. Ils peuvent d'ailleurs être combinés entre eux.

Le traitement chimique. — On l'emploie dans le cas de petits épithéliomas de la peau, exclusivement. Sa technique est intéressante à connaître. Elle est facile et permet de se passer des installations radiothérapiques qui n'existent le plus souvent que dans les grands centres hospitaliers. Le meilleur procédé, à notre avis, est celui que le professeur W. Dubreuilh a décrit au Congrès de Berlin en 1904. La poudre dont il se sert est formée d'une partie d'acide arsénieux, d'une partie de gomme arabique en poudre, de dix parties de talc, auxquelles on ajoute assez d'eau pour faire une pâte épaisse. « On prépare le terrain par un curettage ou une cautérisation superficielle au thermocautère pour détruire l'épiderme corné que l'arsenic n'attaque pas, puis on applique sur toute la lésion une épaisse couche de la pâte qui se dessèche et durcit. Pendant les jours suivants, l'épithélioma se nécrose en masse, ce qui s'accompagne d'une forte inflammation et de douleurs d'autant plus violentes que la tumeur est plus volumineuse. Au bout de trois ou quatre jours, la nécrose est achevée. On peut enlever la croûte sèche que forme la pâte et mettre un pansement humide. Graduellement l'escarre s'élimine. La plaie très étendue bourgeonne et guérit laissant une cicatrice plane non rétractile et quelquefois presque invisible. Une seule application suffit le plus souvent. On peut

cependant en faire une seconde aussitôt après l'élimination des escarres, si l'on craint que la première n'ait pas agi assez profondément ou s'il y a des bourgeons suspects. C'est un procédé excellent et très fidèle quoique parfois très douloureux. » (Dubreuilh). Dans le service du professeur Dubreuilh, en effet, depuis le début de 1915, sur 125 épithéliomas du nez traités, 36 l'ont été par la pâte arsenicale; 23 ont été guéris, 10 n'ont pas été revus et l'on n'en connaît pas les résultats. Il y a eu trois récurrences seulement dont deux dataient de dix ans et qui ont été envoyées en radiothérapie. La plupart des malades ont été examinés un mois après environ. La guérison persistait (cicatrices souples). Ils ne sont pas revenus depuis, bien que les premières observations remontent déjà à neuf ans.

La malade D... s'est présentée à la consultation le 31 mars 1919, pour un épithélioma du bord inférieur de l'orbite. Elle avait été soignée en juillet 1916 par la pâte arsenicale, pour un épithélioma du nez avec hyperkératose de la face. La cicatrice nasale est toujours saine : résultat de deux ans et huit mois.

Nous pouvons encore citer une guérison avec récurrence la deuxième année seulement.

Les traitements par agents physiques. — Ils sont fort nombreux et d'inégale importance :

La *thermocautérisation* (thermocautère ou galvanocautère) consiste à détruire au moyen d'une pointe de métal porté au rouge tout le tissu morbide en dépassant un peu les limites de la lésion..

Le docteur Lortat-Jacob dans les épithéliomas basocellulaires emploie la *cryothérapie* qui a l'avantage de les détruire même après radio-immunisation. Il n'y a ni hémorragie (même au moment de la chute de l'escarre) comme dans le traitement électrolytique, ni déformation de l'organe par rétraction de la peau. La cicatrice est, en effet, souple et presque invisible. Il faut faire de une à huit congélations successives à pointe noyée durant vingt à soixante secondes sous une pression de 1 kil. 500 à 2 kilos. « Il importe de frapper vite et fort et surtout de provoquer une phlyctène, un suintement qui est l'aboutissant d'un

processus de décollement et de dislocation des éléments épithéliomateux que nous avons déjà reconnus si friables, mais qui sont en outre fort sensibles à la congélation. » (Lortat-Jacob).

La lumière a été employée avec résultat satisfaisant par Zundelovitch.

« *L'électrolyse négative* pratiquée d'après les mêmes principes que pour la destruction des poils, mais poussée jusqu'à la destruction des tissus morbides, nous a donné d'excellents résultats dans les petits épithéliomas au début. Il suffit de deux ou trois séances pour les faire disparaître. A la moindre récurrence, on intervient de nouveau. Il est inutile de faire des pansements consécutifs. On se contente d'appliquer matin et soir de l'alcool camphré jusqu'à ce que la croûte qui se forme après l'opération soit éliminée. » (Brocq).

L'électro-coagulation par les courants à haute fréquence peut être employée. Elle donne de très bons résultats dans les épithéliomas cutanés du nez quels que soient leur nature et leur stade d'évolution. On en a une preuve dans le rapport du docteur Dutheillet de la Mothe au Congrès d'oto-rhino-laryngologie du 15 octobre 1924, à Paris. Il mentionne la guérison de quatre épithéliomas spino-cellulaires dont un greffé sur un lupus et de deux baso-cellulaires.

Cette méthode a l'avantage sur la radiothérapie et le radium de pouvoir être appliquée absolument sans danger pour le globe oculaire sur les néoplasmes des versants du nez dans le tiers supérieur et d'agir sur ceux qui sont radioimmunisés.

Elle peut servir dans les cas de cancers inopérables.

Il suffit le plus souvent d'une ou deux séances pour obtenir la guérison. La cicatrice est souple et non rétractile. S'il y a une perte de substance, elle est aisément réparable par la plastique chirurgicale parce que le tissu cicatriciel bien irrigué peut aisément être utilisé comme lambeau.

La face étant très innervée et par conséquent très sensible, on fera une anesthésie le plus souvent locale, quelquefois régionale et même générale. On emploiera une aiguille fine, l'autre électrode étant une plaque d'étain placée sous le malade. Le

courant de haute fréquence peut être donné par plusieurs appareils (Gaiffe, Heitz-Boyer). On enfonce l'aiguille reliée au pôle positif de $1/2$ ou sur un point quelconque du bord de la tumeur (sans toutefois atteindre le cartilage) et l'on fait passer le courant (600 à 800^{mA}). Presque instantanément l'épiderme boursofle et autour de l'aiguille apparaît une zone blanche indiquant que l'effet cherché est obtenu. On retire l'aiguille et on encercle ainsi la tumeur d'une série de points assez rapprochés pour que leurs effets se confondent. On procède ensuite à la destruction des tissus situés à l'intérieur de cette couronne. On fait des pansements au tulle gras lumière, ou, s'il y a de l'inflammation, des pansements humides jusqu'au dixième ou quinzième jour, date où s'élimine l'escarre et se fait la cicatrisation. On ne fera la plastie dans le cas de perte de substance que vers le quinzième ou le dix-huitième mois pour être sûr de la guérison. S'il y a récurrence, on peut essayer de nouveau l'électro-coagulation.

Radiothérapie et curiethérapie. — Leurs indications et leurs techniques ont été à peu près définitivement réglées au Congrès international de Strasbourg en juillet 1923. On peut les résumer de la façon suivante :

La radiothérapie et la radiumthérapie peuvent améliorer et guérir les tumeurs d'origine conjonctives et épithéliales.

Les tumeurs conjonctives sont difficilement influencées par les traitements lorsque leur nature histologique montre qu'elles sont formées de tissus différenciés (ostéosarcomes, chondrosarcomes). Au contraire, les fibrosarcomes contenant peu de fibres et de fibrilles collagènes et surtout les sarcomes purs dont les éléments se rapprochent de l'état embryonnaire fondent rapidement sous les irradiations röntgen et curiéthérapiques. Parmi les sarcomes, les globocellulaires sont les plus sensibles.

La radiosensibilité était autrefois rattachée à la forme basocellulaire de l'épithélioma, la radiorésistance aux spinocellulaires. En réalité, les techniques modernes démontrent que ces derniers sont susceptibles d'être guéris par les rayons de très courte longueur d'onde. 151 cas d'épithéliomas traités de 1919

à 1921 à l'Institut du radium de Paris ont permis à Regaud de dire que les épidermoïdes cèdent à l'influence de la roëntgenthérapie. Si les épidermoïdes semblent résister au rayonnement, c'est que, comme l'a montré Regaud, ils se développent plus rapidement, ils se généralisent plus facilement et surtout ils ont un plus faible écart de radiosensibilité avec les tissus sains.

On devra se servir des rayons les plus électifs que l'on pourra produire aussi bien d'ailleurs pour les épithéliomas basocellulaires que pour les spinocellulaires, malgré ce que pense M. W. Bensch (de Leipzig). Ceux de la radiumthérapie paraissent donc surtout indiqués dans la cure de ces derniers. On pourra aussi user de la radiothérapie et l'associer aux rayons du radium (surtout pour la cure ganglionnaire), ou encore à l'exérèse chirurgicale.

Les causes d'échec proviennent le plus souvent d'un traitement fait en des séances trop courtes et trop espacées, c'est-à-dire donnant de trop petites doses et les étalant trop par rapport au volume des tumeurs considérées.

Le traitement consiste à frapper vite et fort, c'est-à-dire à donner d'emblée de grosses doses de stérilisation. Ces doses varient avec le volume, la surface, la profondeur et la variété histologique de la tumeur.

Si l'épithélioma est infecté secondairement, on pourra, entre les séances, faire des pansements humides chauds.

La technique de la radiothérapie tend de plus en plus à donner des doses élevées. Pour un cancroïde ou un ulcus de moyenne importance (pièce de 50 centimes à pièce de 1 franc), il faudra donner de dix H à vingt H et même trente et quarante H parfois, ce qui en notation nouvelle fait de 2.000 R à 4.000 R et 6.000 et 8.000 R. D'après Regaud, il ne faudra pas faire de traitement inférieur à douze jours. Il sera de trente jours en moyenne pendant lesquels on espacera les doses à quantités égales en faisant toutefois 2.000 R la première fois si cela est possible. On se servira de rayons pénétrants. Il faudra donc filtrer sous grosse épais-

seur de métaux : aluminium, cuivre, zinc. L'irradiation sera localisée à la tumeur au moyen de petits diaphragmes de plomb qui l'encadreront exactement.

Le globe oculaire sera protégé par des plaques de même métal ayant 1 millimètre d'épaisseur.

La radiothérapie superficielle s'obtient avec un tube baby coolidge, sous une tension de 70 kv, une intensité de 1 mA à 2 mA. Les filtres utilisés sont des disques d'aluminium de $10/10^{\text{mm}}$ d'épaisseur.

La radiothérapie semi-pénétrante a lieu avec un poste standard de la maison Gaiffe dont la tension maxima est de 150 kv, l'intensité est de 2 mA à 2 mA,5. Les filtres dont on se sert ont de $10/10^{\text{mm}}$ à $50/10^{\text{mm}}$ aluminium d'épaisseur.

La radiothérapie pénétrante est faite avec un appareillage de la maison Gaiffe, à tension variable. Le tube, pour obtenir les rayons demandés sans être brûlé, est enfermé dans une cuve d'huile qui le rend immobile. Le malade est placé sur une table qui peut prendre toutes les positions, de sorte que l'on peut irradier n'importe quelle partie malade. Son régime de marche est de 200 kv avec une intensité I : 3 mA.

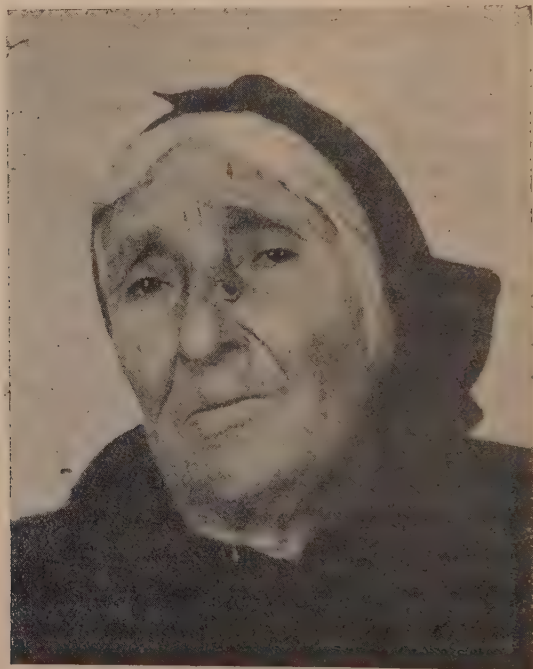
Au poste de la maison Casel, qui fonctionne aussi sous une tension de 200 kv avec une intensité de 2 mA,5, le tube est dans l'air.

La filtration varie suivant la pénétration et l'homogénéité à obtenir. On va de $5/10^{\text{mm}}$ de zinc + $20/10^{\text{mm}}$ Al à $15/10^{\text{mm}}$ Cu + $20/10^{\text{mm}}$ Al en passant par $5/10^{\text{mm}}$ Cu + $20/10^{\text{mm}}$ Al et $10/10^{\text{mm}}$ Cu + $20/10^{\text{mm}}$ Al.

Au centre régional contre le cancer du professeur Bergonié, on emploie le plus habituellement les radiothérapies semi-pénétrantes et pénétrantes qui ont donné les meilleurs résultats. La radiothérapie superficielle a permis aussi d'obtenir des guérisons dans les tout petits épithéliomas, mais dans d'autres un peu plus importants, nous avons observé de nombreuses récides qu'il a fallu traiter par la radiothérapie pénétrante, alors que ces tumeurs étaient déjà en voie de radio-immunisation.

La *radiumthérapie* est la méthode de choix dans le traitement

des épithéliomas épidermiques et dans les récidives des non épithéridermoides. On peut faire de la radiumpuncture (aiguilles de 1 milligramme ou 2 milligrammes RaE, filtrées à 0^{mm}5 de platine) — surtout dans les formes bourgeonnantes — ou de la curiethérapie en surface à l'aide d'un masque en cire « Colombia » (mélange de cire et de sciure de bois, empêchant le ramollissement de l'appareil par la température du corps). Ce masque est découpé à l'aide



C...; Epithélioma du sillon naso génien avant le traitement curiethérapique.

d'une maquette en zinc ayant la forme d'une chauve-souris, et modelé ensuite sur le visage. Il possède trois points d'appui de façon à ce qu'il ne puisse bouger : l'un médian nasofrontal, les deux autres latéraux malaïres. La protection des yeux est réalisée par des écrans de plomb.

Les tubes placés dans la cire peuvent varier suivant le volume de la tumeur et sa variété histologique. Ils sont de 3 milli-

grammes RaE avec filtration à $0^{\text{mm}}5$ de platine et 1 millimètre or, ou à 10 milligrammes RaE avec $0^{\text{mm}}5$ platine et $1^{\text{mm}}5$ or, ou 15 milligrammes RaE avec le même filtrage. On peut encore inclure les aiguilles déjà citées. L'épaisseur du masque sera de 1/2 à 1 centimètre. Les tubes seront placés de manière à obtenir une filtration homogène vérifiable par les spectres photographiques des irradiations.



C...; Application curiethérapique en surface (Appareil en place).

Il faudra frapper vite et fort, par conséquent mettre d'emblée pendant plusieurs jours de fortes doses de radium, de façon à donner des doses de 15 mcd à 30 mcd.

Le traitement chirurgical. — Il comprend deux sortes d'intervention : l'exérèse et la plastie.

L'exérèse. — L'ablation des tumeurs pourra toujours être employée quelle que soit la forme histologique de la tumeur. Elle

sera donc particulièrement utile lorsque, traitée par les rayons X ou le radium, la néoplasie n'aura pas cédé et sera radio-immunisée. On doit encore avoir recours à la chirurgie dans les formes térébrantes intéressant le squelette du nez (Menier).

Il existe une contre-indication : c'est la généralisation ganglionnaire qui aboutira sûrement à la récurrence si on n'enlève pas tout le système lymphatique cancéreux avec la lésion primitive.



Ch...; Guérison : cicatrice souple et esthétique. .

L'extirpation doit être large et dépasser de beaucoup les limites cliniques de la néoplasie. Elle doit se faire autant que possible d'un seul bloc. Un curettage du squelette mis à nu par l'exérèse pourra être pratiqué.

L'anesthésie, qui sera la même pour la rhinoplastie, peut être locale si l'intervention est suffisamment courte et la tumeur facile à enlever.

Dans le cas contraire, on fera une anesthésie générale.

Dans le service du professeur Moure, on endort le malade à la compresse, et lorsque le sommeil est obtenu on glisse jusque dans le larynx du malade une canule de Delbet, reliée à un appareil de Ricard, contenant du chloroforme qui maintient le malade endormi.

La plastique. — Connue des Indous, comme nous le montrent les textes sacrés (Ayur-Veda), elle est pratiquée en Europe depuis fort longtemps. Elle s'applique à la réfection complète du nez ou à une réparation partielle.

La plastique totale a pour but non seulement de redonner au visage son esthétique : plastique cosmétique, mais encore de rendre au nez sa fonction : plastique chirurgicale. Cette dernière peut être faite dans la même intervention que l'exérèse ou au contraire dans un temps ultérieur.

Trois méthodes sont en présence pour cette réfection et comptent chacune de chauds partisans : méthodes indienne, française et italienne.

La méthode indienne consiste à disséquer un lambeau frontal ayant 2 bons centimètres de plus de largeur qu'il ne paraît en falloir pour couvrir la plaie (rétraction tissulaire), à tordre son pédicule dont un côté a été incisé sur une plus grande longueur que l'autre pour éviter autant que possible le cul-de poule et à suturer bords à bords. On met des drains dans les deux narines pour éviter l'affaissement nasal.

Des procédés analogues existent : ce sont ceux de Lisfranc, Petrali, Labat. Ils diffèrent par la forme des lambeaux.

La méthode française consiste à prendre le tissu qui manque sur les joues. On dessine deux lambeaux de chaque côté du nez ayant leur pédicule vers la racine, on les dissèque et on les fait glisser de manière qu'ils se rejoignent sur la ligne médiane. On suture aux bords de la plaie et sur l'arête nasale. Drains.

Ce procédé a été employé par Syme. Celui de Nélaton est analogue, mais il décolle le périoste et le fait glisser avec le lambeau de façon à obtenir une cicatrice non rétractile.

Dans la méthode italienne, la taille du lambeau se fait à la

face interne du bras. Celui-ci est approché du nez. La suture se fait entre la partie inférieure du lambeau et la partie supérieure de la plaie nasale. On place alors un appareil de contention maintenant le bras replié en avant de la face. Lorsque le lambeau a pris du côté du nez, on sectionne son pédicule trachéal (douze à vingt et un jours après suivant les procédés). On suture le pourtour de la plaie nasale à celui du lambeau.

Les procédés de Szymanowski et de Fabrizi sont des variantes de cette méthode qui en diffèrent par la taille du lambeau (transfixion) ou l'endroit du bras où il est pris.

Deux autres procédés dérivant de la méthode italienne peuvent servir à la réfection de la pyramide nasale.

Le premier est celui de Morestin et de Dufourmentel. Ces auteurs préconisent l'emploi de lambeaux bipédiculés qu'ils prélèvent d'ordinaire sur le crâne ou sous le menton et qu'ils font pivoter comme une jugulaire autour de ses pédicules temporaux ou maxillaires.

Le second procédé est dit à lambeau à pédicule tubulé. Il a été employé pour la première fois en Angleterre par Gillies, et quelques mois plus tard en France par Paul Moure. Il a pour but de prendre de la peau où il y en a de saine, en quantité suffisante, sans que l'esthétique du malade en soit gênée, et d'améliorer l'irrigation des greffons cutanés : l'enroulement, en effet, empêche la perte de sang par les bords du lambeau.

La technique consiste à tracer deux incisions parallèles dans le dos du sujet depuis l'épine de l'omoplate, sur une longueur égale à celle qui est nécessaire au pédicule pour pouvoir porter le lambeau jusqu'au nez, à décoller la peau entre ces deux incisions et à la suturer bord à bord de façon à l'enrouler. Dans un deuxième temps, quand le pédicule est bien nourri, on taille à son extrémité inférieure le lambeau que l'on va suturer à la plaie nasale. Dans un troisième temps, lorsque la plastique nasale a pris, on coupe le pédicule que l'on déroule et remet en place dans le dos. Chacune de ces opérations est espacée de plusieurs semaines. Paul Moure, dans ses communications à la Société de dermatologie (séance du 10 novembre 1921), a rapporté de très beaux cas.

La plastique du squelette nasal qui complète la réfection du nez par des tissus mous se fait au moyen de greffons osseux ou cartilagineux. Le soutien des lambeaux cutanés a d'abord été métallique (Letiéviant, Poncet, Berger, Ollier, Jaboulay, Polosson). On a ensuite employé des tissus fermes pris sur l'individu lui-même : os et cartilages. Ces deux méthodes sont encore employées aujourd'hui et comptent de nombreux défenseurs.

Ceux qui emploient le greffon osseux pensent que le cartilage se résorbe au bout de quelques mois et que l'on a à ce moment un affaissement de l'auvent nasal. Ils prélèvent leur greffon dans les fosses canines (Nélaton), sur le tibia ou encore, comme Molinié (de Marseille), sur l'épine de l'omoplate. Cependant les professeurs Moure et Portmann n'ont jamais observé chez les malades à qui ils ont greffé des cartilages costaux la fonte de ces tissus et ils emploient couramment cette méthode.

Les greffons, dans cette dernière, se prennent quelquefois à l'oreille (Ivanissevitch), le plus souvent sur les côtes. On fait une incision verticale de six pouces sur le cartilage, ayant son milieu sur la 7^e côte et passant à deux travers de doigt en dedans du mamelon. On recline le muscle droit. Le 7^e ou les 7^e et 8^e cartilages costaux sont disséqués et enlevés avec leur périchondre intact. On taille ce cartilage, que l'on tient enveloppé d'une gaze stérilisée pour qu'il ne glisse pas des doigts, en laissant le péri-chondre sur une surface pour obtenir les effets de courbure en des points voulus. La greffe est alors mise en place et suturée sans drainage, excepté dans le cas d'hématome (Gillies).

Nélaton fait pour la réfection totale du nez une opération en deux temps :

1^{er} temps : Prise du greffon et implantation sous-périostée ;

2^e temps : Confection du lambeau doublure et mise en place du lambeau frontal, quand le greffon cartilagineux a bien pris.

Dans les greffes partielles, nous pouvons faire une classe à part pour les rhinoplasties subtotaies. Dans ces dernières, l'auvent osseux est tout ce qui reste de la pyramide nasale. Nélaton transforme le procédé de Neumann qui scie le segment antérieur

de ces propres du nez verticalement et les fait pivoter de la valeur d'un angle droit. Un lambeau cutané est ensuite attaché sur un nouveau squelette.

Les pertes de substance du quart supérieur sont comblées par le glissement d'un lambeau ostéopériosté pris sur la glabelle; et celles de la moitié supérieure du nez, produisant le type de « bec d'oiseau » (beard Beak), en découpant deux lambeaux jugaux, un lambeau frontal que l'on décollera et fera glisser de façon à suturer le bord inférieur du lambeau frontal au bord inférieur de la plaie, les extrémités des lambeaux jugaux aux bords du lambeau frontal. Si la plaie est plus petite, les deux lambeaux jugaux suturés par leurs extrémités suffiront.

Le bout de nez a été refait par Nélaton, par la méthode italienne. Le lambeau brachial est suturé aux bords de la plaie avivée et un appareil de contention tient le bras dans la position voulue. Douze jours après, on sectionne ce lambeau de façon à pouvoir refaire une sous-cloison. Celle-ci est modelée plusieurs semaines après.

La restauration du lobule peut se faire suivant la méthode de Rouge (de Lausanne). On taille juste au-dessus de la plaie opératoire un lambeau par deux incisions horizontales. Le lambeau est abaissé et refait le lobule. La perte de substance superficielle résultant de cet abaissement est comblée par un second lambeau parallèle dont le bord inférieur a été fait par l'incision qui a détaché le bord supérieur du premier.

On peut encore utiliser la méthode italienne. Le greffon sera pris à la partie antéro-inférieure du bras, à 2 centimètres du poignet. Le pédicule sera sectionné au quinzième jour, puis on fera un modelage. Suture.

Si la néoplasie est restée suffisamment superficielle, on peut, au moment de l'exérèse, « l'entourer d'une incision elliptique transversale qui encadre largement la tumeur médio-nasale pour s'éteindre en s'effilant sur les deux faces de la pyramide nasale. La peau est incisée en évitant tout contact avec la surface toujours infectée » (Paul Moure).

Si la tumeur est para-médiane, il est préférable pour obtenir

une suture transversale symétrique de sacrifier sur le côté sain, le segment de peau correspondant à la partie malade.

En somme, nous avons à notre disposition de nombreux moyens thérapeutiques d'importance inégale, mais dont certains, par leur grosse valeur curative, diminuent la gravité du pronostic attaché à cette affection. La chirurgie nous donne, en outre, par ses techniques modernes, la faculté de réparer les pertes de substance horribles en cet endroit du corps, et de rendre aux malades une esthétique convenable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Service de M. le Professeur MOURE.)

C.... (Angèle), cultivatrice, âgée de 49 ans, vient consulter le 18 novembre 1918, pour un épithélioma du lobule du nez à droite. A cette date, la malade présente une tumeur de la grosseur d'une noix, ulcérée en son centre avec, autour de l'ulcère, un bourrelet rouge induré, tomenteux. Le néoplasme siège surtout à droite avec empiétement sur la sous-cloison et l'aile du nez à gauche.

Le 21 septembre 1918, à l'hôpital du Tondu, le Professeur Moure pratique l'exérèse de la tumeur et fait une plastique partielle. Après résection de tous les tissus malades, deux lambeaux sont pris sur les deux joues de chaque côté. Il reste une petite perte de substance de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Huit jours après on enlève les points de suture. Les suites opératoires sont très bonnes.

En avril 1919, rentre au Tondu pour faire achever la plastique nasale. La perte de substance se trouve sur l'aile du nez à droite.

Le 7 avril, le Professeur Moure fait une incision curviligne partant de l'entrée de la narine, sur son côté interne, remonte à la racine du nez de manière à décoller la peau pour permettre de la faire descendre et combler ainsi le déficit.

Les crins sont enlevés 8 jours après. Le malade va bien.

Exeat, guérie le 18 avril 1919.

OBSERVATION II.

(Service de M. le Professeur MOURE.)

B. . (Jeanne), âgée de 63 ans, couturière, a déjà été opérée il y a trois ans d'une tumeur exonasale de l'aile droite du nez, à la suite de laquelle il avait été pratiqué une plastique au moyen d'un lambeau frontal à pédicule tordu. Elle vient consulter le Professeur Moure au début de février 1916 pour récurrence de cette tumeur. L'exérèse est décidée, et le 14 février 1916 on enlève le néoplasme qui a envahi l'aile du nez droite et une partie de la fosse nasale. On fait une incision le long de la tumeur en circonscrivant un losange cutané. On s'aperçoit alors que la peau est adhérente au squelette par sa face profonde. On la désinsère en avant et sur les côtés et on en détache un morceau qui peut être évalué à la grosseur d'une noix. On peut constater à ce moment que la dégénérescence morbide pénètre non seulement dans la fosse nasale, vers le plancher, mais adhère à ce niveau au rebord du maxillaire supérieur ainsi qu'au niveau de la branche montante de cet os en dehors. L'os propre du nez est atteint d'ostéite et paraît dégénéré. On l'enlève à la gouge et à la cisaille. Étant donné le prolongement inférieur, on est obligé, pour être certain d'aller jusqu'à sa limite inférieure, de fendre la lèvre supérieure dans toute sa hauteur. On met ainsi à nu ce prolongement inférieur qui est enlevé ainsi que le rebord nasal du maxillaire supérieur. Ceci fait, la cloison intersinuso-nasale ayant été ébréchée sur son bord antérieur, on voit nettement à l'intérieur du sinus et l'on aperçoit sur la voûte orbitaire une tuméfaction lisse, arrondie, non ulcérée à sa surface, sur la nature de laquelle on n'est pas fixé. Dans tous les cas, cette tuméfaction est nettement séparée du néoplasme. Celui-ci étant complètement enlevé; on suture les parties molles en faisant une contre-incision au niveau de la joue, pour éviter l'ectropion de la paupière inférieure. On bouche la cavité avec de la gaze iodoformée qui ressort par la narine droite.

Les suites opératoires sont bonnes, malgré un peu de sphacèle au troisième pansement, qui s'élimine le lendemain. La cicatrisation

de la lèvre et de la partie supérieure de la plaie se fait par première intention au septième jour. Il reste une perforation de un centimètre de diamètre.

Deux mois après, environ, il reste sur le côté droit du nez, au-dessous de l'os propre, une perforation de un centimètre carré et demi. On la comble en faisant une incision curviligne à convexité dirigée vers le haut, partant de la lèvre supérieure et gagnant la joue. Ceci fait, on libère l'aile du nez du côté droit, on avive les bords de la plaie, on fait pivoter le lambeau externe et on le rabat sur l'ouverture nasale où on le suture dans cette position. L'aile du nez est également suturée, mais un peu plus en dehors de manière à donner à l'orifice nasal sa perméabilité normale.

Après quelques points de sphacèle, la plaie cicatrise et bourgeonne. La malade est exéatée, guérie, le 19 mai 1916.

Le 20 septembre de la même année, elle revient se montrer: elle va bien.

Le résultat d'un examen histologique pratiqué sur une biopsie par le Professeur Sabrazès, le 3 mars 1919, montre un épithélioma tubulé.

OBSERVATION III.

(Service de M. le Professeur MOURE.)

B... (Pierre), 53 ans, cultivateur, vient à l'hôpital le 10 novembre 1921. Le malade présente en effet, à l'aile du nez droite, une tuméfaction qui gagne le rebord sous-orbitaire et qui est ulcérée en son centre. La fosse nasale droite est obstruée, comme le montre la rhinoscopie. Pas d'épistaxis. Pas d'adénopathie perceptible.

Le 21 novembre, le docteur Portmann pratique une opération transmaxillonasale sous anesthésie générale au chloroforme. Il fait une incision partant de la racine du sourcil droit bordant l'angle interne de l'œil et descendant presque jusqu'au niveau de la fosse canine pour venir se terminer à l'orifice narinaire. A ce niveau les tissus étant assez infiltrés, l'incision est prolongée jusqu'à la lèvre supérieure. La fosse canine est ruginée. Tout le lambeau cutané et l'aile droite du nez sont relevés. Après inspection de ces parties molles,

celles-ci sont enlevées en totalité par une seconde incision dépassant un peu l'aile du nez. La paroi antérieure du sinus maxillaire est trépanée, et le sinus ouvert laisse voir des traînées tumorales, en particulier au niveau de la voûte qui est démolie en un point. La cloison intersinuso-nasale est abrasée. Il n'y a rien à la partie postérieure, mais la partie antérieure du plancher de la fosse nasale est infiltrée. Elle est enlevée à la gouge jusqu'aux tissus sains. Thermo-cautérisation, puis une mèche de gaze iodoformée est placée sur la plaie opératoire, et, au moyen d'un lambeau pris sur le front et ramené par torsion du pédicule, le large déficit cutané est comblé. On place un drain n° 14 dans le nouvel orifice narinaire néoformé.

Les jours suivants, le malade va bien, on diminue le calibre du drain en refaisant le pansement.

Le 27 novembre on enlève les crins.

Le 1^{er} décembre, la plaie est complètement cicatrisée, mais le nez se met à couler abondamment et dix jours après se déclare un érysipèle qui dure deux mois.

Le 9 mars, le docteur Portmann achève la plastique commencée par le lambeau frontal. Il enlève d'abord, à la racine du nez, un petit cul-de-poule résultant de la charnière de la greffe frontale. La perte de substance narinaire est comblée par un lambeau pris au niveau de l'ancienne greffe, après décollement suffisant du côté de la joue, de façon à permettre le rabattement complet.

Les suites de l'opération sont bonnes. Le malade fait seulement un peu de dacryocystite qui cède à un collyre à l'argyrol. Les crins sont enlevés le 13 mars, on supprime les pansements le 15 mars. Un drain assez gros est placé dans l'orifice narinaire néoformé pour empêcher l'atrésie, mais il tombe et on le supprime.

Exeat le 25 mars avec un nez refait. Son psychisme, qui avait baissé après la première opération, redevient complètement normal. Il écrit en décembre 1922 qu'il va tout à fait bien.

Une biopsie est faite le 19 novembre 1921. L'examen histologique nous montre un épithélioma.

OBSERVATION IV.

(Service de M. le Professeur MOURE.)

Q... (Marie), 49 ans, journalière, vient, le 29 juillet 1924, pour hémorragies répétées de la narine gauche. Le début, qui remonte à un an, s'est fait par un épistaxis violent. La malade, en se regardant l'intérieur des narines, aperçoit une petite tumeur surmontée d'une croûte qui tombe et se reforme. La tumeur grossit, se voit alors facilement et commence à déformer le nez. L'aile gauche est repoussée et il y a une sorte de bosse au niveau du bord inférieur de l'os propre de ce côté. En même temps les épistaxis se répètent aussi bien à droite qu'à gauche. La narine, dans laquelle se trouve la tumeur, est obstruée complètement, et la malade éprouve une forte gêne respiratoire. Son état général est très touché: grosse anémie.

Un spécialiste fait l'exérèse de la tumeur et achève l'intervention par une cautérisation galvanique. Pendant deux mois la malade est soulagée. Les saignements du nez reprennent alors, peu forts et peu abondants, mais extrêmement fréquents.

On l'opère de nouveau, mais une nouvelle récurrence se produit. Elle vient alors à la clinique de M. le Professeur Moure, le 29 juillet 1924, où on essaie le traitement diathermique. L'amélioration n'est pas sensible. Le 7 octobre, l'examen rhinoscopique permet de voir une tumeur bourgeonnante, saignant facilement, remplissant la narine et la fosse nasale.

Il y a un ganglion du volume d'une petite amande, dur et peu mobile, dans la région sous-maxillaire gauche.

Pas de douleurs spontanées.

Biopsie : l'examen histopathologique conclut à un fibrosarcome de la cloison.

On décide alors une intervention chirurgicale. Celle-ci se fait en deux temps:

1° Le 13 octobre, le Professeur Portmann extirpe le ganglion sous-maxillaire gauche sous anesthésie locale. Le ganglion, volumineux, non adhérent, est rempli d'une matière caséeuse qui lui donne les apparences d'un ganglion bacillaire. Suture.

2° Le 20 octobre, le Professeur Moure enlève la tumeur sous anesthésie locale. L'aile du nez est réséquée et reclinée. On coupe un peu de la branche montante du maxillaire supérieur, puis on extirpe la tumeur en faisant une muco-cartilagineuse unilatérale. On enlève le fibrosarcome avec son plan d'insertion. On termine à la curette. Tamponnement et suture aux crins.

Ceux-ci sont enlevés le 30 octobre 1924.

Le 8 novembre la malade va bien. Exeat.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH.)

L..., 38 ans, cuisinière, vient consulter, au début de mai 1919, pour un épithélioma de l'aile du nez. Elle a habité la campagne jusqu'à l'âge de 28 ans, mais n'a jamais été particulièrement exposée aux insolationes. C'est une femme maigre, à peau séborrhéique; tendance à la couperose.

Le début remonte à deux mois. C'était un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle qui, sous l'influence d'un grattage répété, a durci et est devenu de la grosseur d'une lentille.

Actuellement la tumeur arrondie, dure, à centre déprimé en cratère et recouverte d'une croûte noirâtre, est entourée d'un bourrelet inflammatoire de trois millimètres d'épaisseur et bien limité. La muqueuse de la narine correspondante à la lésion est dure au toucher. Pas de douleur.

Une biopsie est pratiquée: Epithélioma spino-cellulaire.

Le 26 mai 1919, on fait une séance de roentgenthérapie. Dose : quinze à vingt H.

A la suite, on trouve, au pourtour de la lésion, de l'érythème.

Une grosse croûte recouvre la lésion, qui s'est complètement affaissée.

La malade, guérie, n'a pas été revue depuis à la consultation.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH.)

V... (Eugène), 80 ans, maçon. Epithélioma nasogénien.

On constate, le 28 mars 1920, dans le sillon nasogénien gauche, une tumeur ulcérée de forme triangulaire de trois centimètres de chaque côté. La partie supérieure, épaisse d'un demi-centimètre est rosée comme le reste de la face, avec quelques varicosités. La partie supéro-interne est plus rougeâtre. La partie inférieure, déprimée, limitée du côté du dos du nez par un bourrelet étroit, rouge, est au contraire sans limites du côté de l'aile. En haut, l'ulcération s'enfonce obliquement. En bas, le bord est taillé à pic. Le fond est rosé, recouvert de sérosité, d'apparence cicatriciel dans sa partie déclive. L'ensemble est adhérent au plan profond.

Le début date de vingt ans (éclat d'une capsule de cuivre?), mais il n'y a que six ou sept ans que la tumeur est apparue. L'ulcération est survenue un an après.

Biopsie faite par le Professeur Dubreuilh : « Ulcus rodens formé aux dépens d'un derme normal. L'épithélioma montre deux parties d'apparence distincte bien qu'ayant partout la même structure: d'un côté il y a un groupe néoplasique franchement tubulé formé de cylindres épithéliaux de quatre ou cinq rangées de cellules disposées en palissade à la périphérie. L'autre côté montre des lobules massifs en palissade à la périphérie, en tourbillon au milieu. Les cellules, petites, tassées. Le protoplasme est rare. »

Il est envoyé aux rayons X le 25 avril 1920.

L'examen histologique, fait une semaine après l'irradiation, montre les deux types d'architecture. Il n'y a pas d'altération des cellules qui se colorent normalement.

Une autre séance de rayons X a été faite: il reste encore quelques ulcérations.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH.)

R... (Edouard), 70^{ans}, charretier, puis concierge, vient le 9 novembre 1921 pour un épithélioma ulcéré de la racine du nez.

Début: 3 ans. Mais depuis 50 ans il existe, au dire du malade, sur le versant gauche de la racine du nez, près de l'angle interne de l'œil, un petit bouton rouge foncé de la dimension d'une tête d'épingle. Aucune pigmentation. Depuis de nombreuses années, à la suite de grattages répétés, de formations de croûtes sur l'ulcération, le bouton s'est mis à grossir jusqu'à devenir du volume d'un pois. Ce n'est que depuis trois ans que le néoplasme a augmenté brusquement pour atteindre l'aspect actuel.

Aujourd'hui le malade présente, à la racine du nez et sur le versant gauche, à un demi-centimètre de la caroncule lacrymale, une tumeur recouverte d'une croûte sèche et adhérente, de la dimension d'une amande, de forme irrégulièrement ovale, saillante et bien limitée. Le bord surélevé est épidermisé, rouge violacé, avec, par endroits, des taches ardoisées, de consistance très ferme. La néoplasie n'est pas adhérente aux plans profonds.

La croûte est gris noirâtre, sèche. Enlevée avec difficulté, on voit qu'elle recouvre une surface mamelonnée, formée de bourgeons rose pâle, saignant facilement.

Il n'y a pas de ganglions.

Le diagnostic hésite à cause des antécédents entre ulcus rodens et nævo carcinome. Le laboratoire tranche la difficulté en faveur de la première variété de tumeur.

Le malade est traité par les rayons X, et guéri.

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BERGONIÉ.)

B... (Jeanne), âgée de 60 ans, vient consulter le Professeur Bergonié, en décembre 1922, pour récurrence d'une tumeur exonasale.

Le début date de 20 ans, époque où elle travaillait dans une usine à pétrole à Saint-Loubès. Il s'est fait, par un petit bouton, douloureux, sur l'aile du nez à droite. On le soigne d'abord par des cautérisations, mais le néoplasme récidive et s'agrandit. Elle subit alors des traitements radiothérapiques dans une clinique. Des guérisons momentanées et successives se produisent mais il y a récidive. Elle subit également un traitement radiothérapique à Libourne

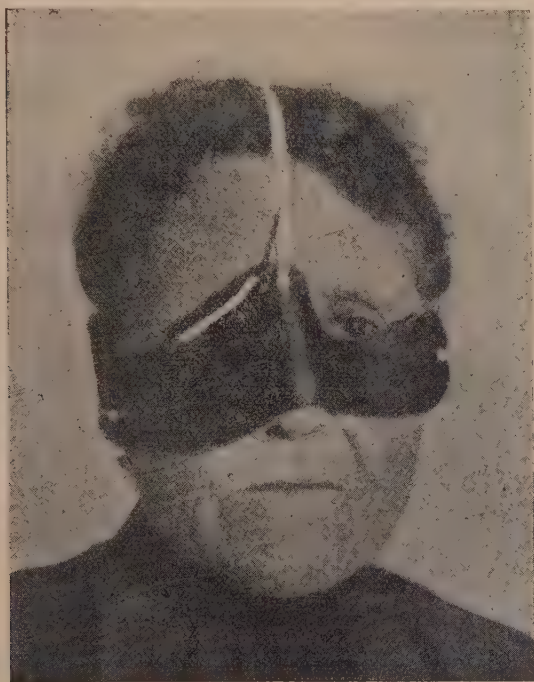


B... (Jeanne). Épith. lérébrant baso-cellulaire.

(5 applications en 1 an environ, mais on ne connaît pas les doses administrées). L'examen de la malade montre une perforation de l'aile du nez, à droite, qui a 5 ou 6 millimètres de diamètre.

Lorsque la malade se présente à la consultation du Professeur Bergonié, elle est porteuse d'un vaste néoplasme à forme d'ulcus rodens ayant envahi toute l'aile droite du nez et la portion juxtanasale de la joue droite, de forme vaguement ovale, de 5 centimètres de

long sur 4 de large. Il est entouré d'un bourrelet circonférentiel épais, rouge, aux bords taillés à pic et légèrement suintants. Il y a nécrose des os propres du nez et perforation juxtanasale du maxillaire supérieur, mettant à découvert, en dedans la cloison vomérienne, et, en dehors, le cornet inférieur. La muqueuse laisse sourdre un ichor purulent. D'autre part, la tumeur envahissant la joue, il y a un peu de conjonctivite réactionnelle de l'angle lacrymal



B... (Jeanne). Appareil en cire contenant les tubes de radium.

de l'œil droit. Toute la tumeur est figée sur les plans profonds. Au point de vue fonctionnel, on peut noter de la névralgie de l'hémi-face droite avec de l'otalgie.

« Un prélèvement est fait. L'examen histologique montre que l'on a affaire à un épithélioma à petites cellules cubiques du type basocellulaire. On ne trouve pas de glandes sébacées dans les coupes. Le stroma, fibro-hyalin, est très développé. Il y a peu d'infiltrations

lymphocytiques et plasmocytiques. Les mitoses sont moyennement nombreuses ». En somme, on peut poser le diagnostic de ulcus rodens de l'aile droite et de la racine du nez étendu aux os propres de l'organe (Professeur Sabrazès).

On lui fait, à quinze jours d'intervalle, deux séances de rayons X. Il n'y a pas, à la suite, de modifications sensibles, puis, le 10 janvier, on place, au moyen d'un moulage, 4 aiguilles de radium de 2 milligrammes chacune pendant 8 heures.

Le 30 janvier, on place 7 aiguilles de 1 milligramme filtrées à 1 millimètre pendant 6 jours. Cette deuxième application amène une très forte réaction inflammatoire que l'on combat avec des cataplasmes de sérum physiologique.

Le 19 mars, on place encore 2 tubes de 15 milligrammes filtrés à 1^{mm},5 d'or pendant 4 jours. Il semble, quelques jours plus tard, qu'il faudra encore une application de radium, mais on ne peut y songer pour le moment, la plaie étant encore trop enflammée. On se borne à des pansements avec de l'Innotyol.

Du 23 au 29 mai, on fait agir 15 milligrammes de radium filtrés à 1 millimètre d'or.

Le 27 juin 1923, on fait une nouvelle application. On place sur le dos du nez un tube de 5 milligrammes de radium et un de 4 milligrammes à l'angle interne de l'œil droit. Le premier est filtré sur or de 1 millimètre d'épaisseur, le second sur platine (1^{mm}). On laisse les tubes pendant 5 jours.

A ce moment, la cicatrisation de l'ulcération, à ses extrémités, s'est faite. Il existe au centre quelques points douteux. On fait une nouvelle application pendant cinq jours.

L'examen montre alors un même état local dans les coins et une amélioration nette des points suspects.

On continue alors le traitement par des séances de rayons X très limités sur les différentes parties du néoplasme (bourgeon sur le côté gauche du nez; centre de l'ulcération restante).

L'examen clinique du 6 octobre permet de dire que la cicatrisation marche lentement, mais qu'il semble que le mal s'arrête.

On revoit la malade huit mois après. On applique encore 3 tubes de 5 milligrammes filtrés sur 1 millimètre d'or et 1 millimètre de

platine, placés à 1 centimètre de l'ulcération pendant huit jours. La plaie, au bout de ce temps, est épidermée dans sa partie inférieure. Il semble qu'il y ait une nouvelle évolution vers la muqueuse palpébrale à droite; on fait encore une application de radium.

Le 26 septembre 1923, elle reçoit 2380 mmg/heures 19 mcd. 10.

Le 22 octobre 1923, il y a épidermisation totale du pourtour de l'ulcération et un peu de conjonctivite réactionnelle.

On revoit la malade huit jours après, l'épidermisation continue, mais les os propres se nécrosent.

On fait une nouvelle application de radium le 17 décembre 1923 : 2 tubes à 10 milligrammes, 1 tube à 15 milligrammes pendant 5 jours.

Le 21 janvier, on fait une séance de rayons X filtrés à 1 millimètre et à 2 millimètres, Al. de 5 H. L'invasion est alors bien arrêtée.

Le 21 mars, séance de 4 H. — Même filtration.

Le 4 avril, on fait une nouvelle séance de 10 H.

Le 25 avril, on fait encore deux séances de 10 H. chacune. Pansement à l'Innotyol.

Le 12 septembre, on a affaire à un épithélioma pénétrant ayant mis à nu la région nasale supérieure (dos du nez) jusqu'à 1 centimètre de l'angle interne de l'œil gauche d'une part et descendant sur la joue droite d'autre part. L'ethmoïde est à nu à droite; il y a nécrose sèche des os du nez.

L'état étant stationnaire depuis près de six mois, il est inutile de continuer le traitement.

OBSERVATION IX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BERGONIÉ.)

M... (Louise), 64 ans, vient consulter le 18 juin 1923, pour une ulcération néoplasique siégeant sur le nez, qui a débuté il y a plus de dix ans. Elle est soignée, au début, par de simples lavages, puis, en 1918, par des rayons X, jusqu'à maintenant sans résultats appréciables. L'état général paraît excellent. Il n'y a pas de gan-

glions dans la région sous-maxillaire, mais on trouve du gonflement de la voûte palatine.

On commence par une séance de rayons X très pénétrants de 6 heures, en protégeant l'œil, en attendant de pouvoir appliquer le radium.

Le 5 juillet, 1923, on en fait une application qui dure jusqu'au 12 juillet et dont la dose peut être évaluée à 9345 mmg/heures.

Le 23 juillet, on constate une amélioration sensible. L'ulcération est détergée, moins profonde, à bords peu épais et en voie de cicatrisation.

L'examen histologique, pratiqué par le Professeur Sabrazès, montre « un épithélioma baso-cellulaire, procédant par petits foyers s'insinuant dans le derme. Des lésions fibreuses vont à l'encontre des petits foyers qui s'égrènent dans la profondeur, sous forme de tubes à cellules placées bout à bout. On trouve de nombreuses cellules hyperchromiques, tassées, à gros noyaux. La lésion conjonctive est telle que l'on est en présence d'une véritable tumeur mixte conjonctivo-épithéliale. Dans la profondeur, assez loin de la tumeur, se trouve un territoire nécrobiosé enflammé chroniquement, bourré de polynuclées. Sur les bords de la lésion sont emprisonnés des caillots fibrineux bordant la tumeur, assez riches en mitoses et du type baso-cellulaire. »

OBSERVATION X.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BERGONIÉ.)

T... (Edmond), cultivateur, 46 ans. Ulcus rodens récidivant de la racine du nez. Débuts, 14 ans.

Le malade a remarqué que le frottement de ses lorgnons a occasionné une petite écorchure siégeant à la racine du nez et à l'angle interne de l'œil droit, point d'appui de la monture. Il y a formation d'une croûte que le sujet gratte, irrite et arrache à plusieurs reprises. L'ulcération s'accroît excentriquement. La cicatrisation finit par se faire, mais il y a récurrence locale, à sept reprises différentes, pendant sept ans. En 1913, l'ulcération néoplasique

s'étend à l'angle interne de l'œil. On porte le diagnostic d'ulcus rodens.

1^{re} séance de radiothérapie superficielle au tube Coolidge. Dose : 500 R. Deux mois plus tard, cicatrisation temporaire. Réapparition deux mois après.

2^{me} séance de radiothérapie, au même appareil. Dose : 500 R. L'ulcération persiste.

3^{me} séance en mars 1916 : radiothérapie semi-pénétrante. Dose : 1.000 R. Cette nouvelle séance est efficace. L'ulcus est considéré comme guéri.

En 1919, la guérison persiste.

En janvier 1923, rien d'objectif au point de vue d'une récursive épithéliomateuse.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de la pyramide nasale (dans laquelle nous comprenons la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, parce que, recouverte d'une muqueuse, à épithélium pavimenteux analogue à celle qui revêt les parois des narines, elle donne naissance à des tumeurs de forme histologique et d'évolution analogue) a été l'objet d'un très petit nombre de monographies ;

2° L'étiologie des cancers du nez varie suivant l'espèce considérée. Il est avéré que les épithéliomas sont des tumeurs de la seconde moitié de la vie, et qu'on les trouve surtout chez les femmes (trois quarts des cas). Les tumeurs conjonctives sont, au contraire, des néoplasies de l'âge jeune. Les unes et les autres peuvent avoir comme substratum une ancienne cicatrice, une malformation congénitale, une tumeur bénigne. L'irritation répétée surtout, et quelquefois le traumatisme brusque, peuvent être la cause occasionnelle de leur développement ;

3° La variété des tumeurs malignes que l'on peut rencontrer dans la région de la pyramide nasale est très grande ; mais les plus fréquentes de beaucoup sont les épithéliomas cutanés bien étudiés par les dermatologistes Besnier, Darier, Brocq, W. Dubreuilh ;

4° Leur symptomatologie diffère essentiellement suivant leur siège exo ou endonarinaire. Dans le premier cas, elle consiste dans la description du néoplasme. Dans le second, les symptômes sont surtout fonctionnels ;

5° Le diagnostic se fera avec de nombreuses maladies, dont les plus importantes par leur fréquence et leur ressemblance sont la tuberculose (lupus) et la syphilis à toutes ses périodes, avec les tumeurs bénignes, et enfin avec les tumeurs malignes, entre elles.

Ce diagnostic clinique est souvent insuffisant. Il faudra alors

recourir à la biopsie et à l'examen histologique qui donnera la certitude;

6° L'examen microscopique permettra également d'apprécier le degré de malignité de la tumeur (index caryocinétique). On peut dire, d'ailleurs, que tous ces cancers ont une évolution extrêmement lente durant souvent plusieurs années. Cette bénignité plus ou moins grande dépend de leur nature histologique et de leur forme anatomique. Nous faisons une réserve pour les sarcomes toujours malins;

7° Parmi les nombreux traitements utilisés (chimiques, physiques, chirurgicaux), il nous faut citer au premier rang la radio et la radiumthérapie aussi bien pour les tumeurs épithéliales que pour les tumeurs conjonctives. Celles qui sont le plus facilement influencées par ce mode de traitement sont les épithéliomas basocellulaires pour les premiers et les sarcomes dont les cellules se rapprochent de la forme embryonnaire (en particulier le lymphosarcome), pour les seconds. Le principe de la technique à suivre en roëntgenthérapie aussi bien qu'en curiethérapie, est de frapper *vite et fort*, c'est-à-dire de donner de grosses doses d'emblée.

La chirurgie peut être aussi employée quand la généralisation ganglionnaire n'existe pas encore, surtout dans les formes térébrantes (*chirurgie d'exérèse*).

Elle donne de merveilleux résultats quand elle est *réparatrice*. En dehors de celles qui sont classiques (greffes indiennes, françaises et italiennes), les greffes bipédiculées et celles à pédicule tubulé ont permis de refaire complètement des nez d'une esthétique parfaite, surtout lorsqu'elles sont associées aux greffes cartilagineuses qui donnent le relief nécessaire à l'auvent nasal.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : Le Doyen,

Le Président,

C. SIGALAS.

E. MOURE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 27 novembre 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERS-SCHÖNBERG. — Cancroïd der Nase. *Deutsche med. Wochenschrift*, Leipzig u. Berlin, 1903, XXXI, 164, 166.

ANGHEL. — Tumeur maligne de l'aile droite du nez, extirpation. Rhinoplastie partielle par la méthode de Preisberg. *Bulletin de la Société méd. et nat. de Jassy*, 1909, XXIII, 10-12.

ARCELIN. — Épithélioma de l'aile gauche du nez. Radiothérapie. *Lyon médical*, 25 novembre 1922.

ARGAUD et MONTPELLIER. — Sur une tumeur myélodermique à mégacaryocytes (mégacaryocytome) de l'aile du nez. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie de Paris*, 1921, 63, II, 391-395.

BONNET. — Thèse de Lyon, 1911.

BOUCHET. — Cancroïde du nez. *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1904, LXXIX, 617.

BOURGEOIS (Paul). — Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Thèse de Paris, 1901-1902.

BROCQ. — Traité élémentaire de dermatologie pratique. Paris, 1907, Doin, éditeur.

CASTELLANI. — Traitement par le radium d'un épithélioma du nez chez un vieillard de 80 ans. Guérison. *Lyon médical*, 1914, CXXII, 260-262.

CITELLI. — Kyste dermoïde épithéliomateux de la face latérale du nez. *Archives internationales de laryngologie*, n° 2, 1908.

CLAVERIE. — Étude sur les tumeurs primitives des fosses nasales. Bordeaux, 1886.

- CURTIS. — Case of primary squamous epithelioma on the external aspect of the left nostrils, illustrating the modern extensive operation for radical cure. *Proc. Roy. Soc. med. London*, 1913-1914, VII, Clinic. sect., 409-413.
- DELAUX. — Thèse de Paris, 1883.
- DUBREUILH. — *Annales de dermatologie*, 1901, p. 947.
- Précis de dermatologie. Paris, 1917, Doin, éditeur.
- Rhinoplastie pour épithélioma du nez. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1907, XXVIII, 437.
- DUBREUILH et PETGES. — Épithélioma du nez. Guérison commencée par la radiothérapie, achevée par l'exérèse chirurgicale et la rhinoplastie. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1908, XXIX, 403.
- DUFOURMENTEL. — *Revue maxillo-faciale*, 1919, nos 3 et 7.
- *Journal de chirurgie*, 1919, p. 173.
- DUROUX. — Cancroïde du nez. Rhinoplastie d'après la méthode indienne modifiée. Société des sciences médicales de Lyon : séance du 4 février 1903, in *Lyon médical*, n° 14, 5 avril 1903.
- ELIOT. — Épithélioma de l'aile du nez. Résultat de l'extirpation. *Ann. of surgery*, juillet 1899.
- FOCHESSATI. — Un caso di epith. del. ala. sinistra del naso recidivo trattato con raggi X. *Bull. sc. med. di Bologna*, 1905, 8 S V, 61-65.
- FORDYCE. — Squamous celled epithelioma of the nose treated by X Rays. *J. cut. diseases incl. syph. New-York*, 1907, 90.
- Rodent ulcer on the side of the nose which began at the age of 19. *J. cut. diseases incl. syph. New-York*, 1907, 91.
- FREIDBERG. — Un cas d'épithélioma de l'aile gauche du nez. *Cincinnati Lancet Clinic.*, 21 octobre 1899.
- GAREL et PISTRE. — Volumineux angiome naso-génien à évolution rapide et fatale chez une enfant de 3 ans. *Revue de laryngologie de Paris*, 1914-1915, II, 257-269.
- GARNAULT. — Guérison rapide d'un épithélioma de la face et du nez par les courants électrolytiques de faible intensité. *Clinique française*, n° 38, 1893.

- GEYSER. — Épithélioma of the nose. *J. cut. diseases incl. syph. New-York*, 1911, XXIX, 608.
- GILLIES. — Plastic surgery of the face based on selected cases of war injuries of the face including burns. London, 1920.
- GOTHEIL. — Epith. nasi at the age of twenty seven simulating gumma. *Journ. cut. dis. incl. syph. New-York*, 1909, XXVII, 137.
- GOUGEROT. — Traitement de la syphilis en clientèle. Paris, 1921, p. 367.
- GOURDIAT. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes et des pseudo-néoplasmes des fosses nasales. Thèse de Lyon, 1896-1897.
- HARDING. — Carcinome of the nose. *J. cut. dis. incl. syph. New-York*, 1904, II, 34.
- HERZ. — An epithelioma of the nose apparently caused by irritation from borboise shell spectacles. *Med. Rec. New-York*, 1917, XCI, 370.
- HEYNINX et HAUCHAMPS. — Épithélium perlé du lobe nasal. Coupe microscopique. Radiothérapie. Guérison. *Arch. internat. laryngologie*, n° 1, 1906, XXI, 208.
- HILL. — Epithelioma of nasal vestibule and adjacent areas. Recurrence after surgical removal. Radium treatment commenced. *Proc. Roy. Soc. med. London*, 1909-1910, III, Laryng. sect., 26.
- JACQUES. — Épithélioma sébacé du nez. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} octobre 1910.
- KERGROHEN. — La radio et la radiumthérapie en clientèle. Paris, 1922.
- LEDUAN. — Mémoires, Académie royale de chirurgie, t. III, p. 1.
- LENORMANT et P. MOURE. — *Bulletins et mémoires de la Société*, n° 9, 13 mars 1923.
- LORTAT et JACOB. — Traitement des épithéliomas cutanés par la cryothérapie. *Monde médical*, 1^{er} au 15 juin 1924, n° 647, p. 401.
- MALAN (Arnold). — Cylindrôme du dos du nez. *Archives internationales de laryngologie*, juin 1922.

- MARQUET. — De quelques épithéliomas de la face à marche rapide.
Thèse de Paris, 1902-1903.
- MARTUCELLI. — Complications nasales de la sarcomatose cutanée.
Arch. ital. di laryng., n° 4, janvier 1906.
- MATHEY-CORNAT et BARRAT. — Radio et radiumthérapie des cancers cutanés du nez. *Revue de laryngologie*, 30 novembre 1924.
- MORESTIN. — 4 cas de cancer du nez. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1907, XXVIII, 254-255.
- Épithélioma ayant détruit à peu près le nez. Extirpation. Rhinoplastie totale. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1908, XIX, 349-352.
- Épithélioma de la moitié gauche du nez. Extirpation. Hémirhinoplastie. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, XIX, 348.
- Épithélioma de l'aile du nez. Extirpation. Rhinoplastie. *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Paris*, 1908, U. S., XXXIV, 803.
- MOURE (Paul). — Société de dermatologie, 10 novembre 1921, in *Presse médicale*, 1921, n° 103, p. 1021.
- Société de dermatologie, 12 juin 1923, in *Presse médicale*, 1923.
- Autoplasties faciales par lambeaux cutanés à longs pédicules. *Revue de laryngologie*, 31 août 1923.
- NASI. — Extirpation d'un épithélioma de la région nasale et orbitaire et blépharorhinoplastie. Société médicale de chirurgie de Modène, d'après la *Rasségna di. sc. med.*, décembre 1889.
- NÉLATON et OMBREDANNE. — La rhinoplastie. Paris, 1903.
- NORDIN. — Extirpation d'un cancroïde cutané du nez. *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, Paris, 1905, XI, 356-364.
- OULMANN. — Epithelioma of the nose improved under Vanadium paste. *J. cut. dis. incl. syph. New-York*, 1912, XXXI, 506.
- PAGLIANI et DUPEYRAC. — Épithélioma de l'aile du nez; Radiothérapie. *Marseille médical*, 1905, XLII, 419.
- PASSON. — Gliosarcome de l'aile du nez. Mort sous chloroforme. *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 44, 1898.

- PONCET et MOURIQUAND. — Soc. nat. de méd. de Lyon, in *Lyon méd.*, 5 avril 1903, p. 557.
- PORTMANN. — Épithélioma du dos du nez et du maxillaire supérieur droit. Ablation. Plastie faciale consécutive. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 21 mai 1922.
- PORTMANN et LACHAPÈLE. — La roentgenthérapie des tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie. Paris, 1922, Maloine, éditeur.
- QUEYRAT. — Épithélioma de la narine droite avec nodules métastatiques sous-cutanés. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1920, XXVII, 43-49.
- Autopsie du malade présenté dans la séance du 22 janvier avec un épithélioma de la narine droite et des nodules métastatiques. *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1920, XXVII, 166-169.
- QUEYRAT et DEGRAIS. — Épithélioma du nez et de la joue traité par le radium. *Presse médicale*, 29 juin 1921.
- RAPPORT sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie au Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie. Paris, 15-18 octobre 1924, par P. Bourgeois, Dutheillet de la Mothe, G. Portmann, Gaston Poyet, p. 81-91.
- REGAUD. — Principe du traitement des épithéliomas épidermoïdes par les radiations. Applications aux épidermoïdes de la peau et de la cavité buccale. Rapport au Congrès international du cancer, Strasbourg, juillet 1923, in *Presse médicale*, 25 août 1923, n° 68, p. 738.
- *Journal de radiologie et d'électrothérapie*, 1923, t. VII, p. 397.
- Distribution chronologique rationnelle d'un traitement du cancer épithélial par les radiations. Comptes rendus des séances de la Société de biologie, t. LXXXVI, p. 1085-1088.
- ROBINSON. — Epith. of the nose and cheek. *J. cut. dis. incl. syph.* New-York, 1908, XXVI, 84.
- RODLER-ZIPKIN. — A propos des mégacaryocytes de la peau. *Virchow's Archives*, 1909, p. 135.
- ROUSSY, LABORDE et LEROUX. — A propos de la durée d'irradiation dans la curiethérapie des cancers malpighiens. *Presse médicale*, 7 juillet 1923, n° 54, p. 604.

- SLANCEY. — Multiple round cell. sarcoma originating in the noses. *Lancet*, London, 1914, II, 942-944.
- SÉBILEAU. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1920, p. 301, 646, 1404.
- *Revue médicale française*, 1920, p. 125.
- SEMKEN. — An advanced epith of nose. *Rhinoplasty with. frontal flap med. Rec.*, New-York, 1917, XCI, 172.
- SIEUR et JACOB. — Recherches anatomiques et cliniques sur les fosses nasales. Paris, 1901.
- TAYLOR. — A case of rodent ulcer of the nose and eyelids treated with X rays. *Lancet*, London, 1902, I, 1395.
- TOREK. — Rhinoplasty for carcinoma of the nose. *Ann. surg. Philadelphie*, 1919, LXIX, 667.
- TRAUTMANN et GEHRARDT. — Carcinom. des Nasen inneren. *Arch. für Laryng. und Rhinol.*, Berlin, 1905, XVII, 386-407.
- VIGNARD. — Épithélioma tubulé du nez à point de départ dans la couche de Malpighi. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1903. LXXVI, 949-951.
- WOLF. — Round cell. sarcoma of the nasal vestibule. *Med. rec.*, New-York, 1921, XCIX, 178-180.
- ZUNDELOVITCH. — Epithélioma of the skin of the nose trated by Light. *Russk. J. Kozh i ven. Toliezn. Kharkov.*, 1903, VI, 611.

